



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Adaptación e implementación de la GI-mhGAP
2.0 en pacientes con duelo y riesgo de suicidio
usuarios de triage de urgencias médicas:
un estudio exploratorio**

T E S I S

Que para obtener el título de

Licenciado en Psicología

P R E S E N T A

César De Lucio Ramírez

Director: Dr. Edgar Landa Ramírez

Revisora: Dra. Mariana Gutiérrez Lara



Ciudad Universitaria, Cd. Mx. 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A mi madre por su infinito amor, apoyo y dedicación que han sido el ejemplo que me ha impulsado a buscar ser siempre una mejor persona. Gracias por estar siempre conmigo, por darme tu mano cuando me sentía perdido. Estas páginas no alcanzan para describir la bondad de tu corazón. Te amo.

A mi padre por sus consejos y enseñarme a creer en mí porque en cada caída, hay un aprendizaje. A pesar de la distancia seguimos y seguiremos juntos. Te quiere tu chavo.

A Mama Mona (†), quien me enseñó el amor a la vida, a sobreponerme a las adversidades y a que los problemas son efímeros pero el amor es para siempre. Fue una bendición tenerte en mi vida.

A mi madrina Lety por su cariño, cuidados y amor de madre. A tu lado comprendí que siempre hay tiempo para una sonrisa a pesar de los problemas de la vida.

A Katya Fernanda por su amor, apoyo, tiempo y paciencia. Estar contigo es vivir la compatibilidad y la complicidad. Gracias por permitirme ser tu compañero y llegar a esta meta siempre juntos.

A mis hermanos Mauricio, Oscar, Juanito, Erick, Brytany y Peque por tantas aventuras y anécdotas. Gracias por enseñarme que los sueños se cumplen y por mostrarme el verdadero significado de la amistad porque calidad es mejor que cantidad. Ustedes son mi inspiración, siempre estaré para ustedes.

Al Dr. Edgar Landa por confiar en mí y aceptar ser mi guía para la realización de este trabajo. Le agradezco sus consejos personales y profesionales y el compartir su gran experiencia y conocimiento. Con usted aprendí el amor y vocación por la enseñanza de la psicología. Nunca olvidaré las clases de Bioética.

A la Dra. Mariana Gutiérrez Lara, al Dr. Alfredo Contreras, a la Dra. Paulina Landrave y la Dra. Claudia Rafful por sus conocimientos y observaciones hacia mi trabajo.

Al equipo de Psicología de Urgencias por su amistad, consejos, amabilidad y por compartir su experiencia para tener una mejor formación profesional.

Al Dr. Alejandro Serrano y a los miembros del departamento de urgencias del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” por el apoyo y por brindar las condiciones necesarias para que este trabajo fuera posible, en especial al Dr. Antonio López por su confianza, conocimiento y apoyo en triage.

A la UNAM por mi formación profesional, cultural y humana.

¡Por mi raza hablará el espíritu!

Índice

Agradecimientos	2
Resumen	4
Capítulo 1. Psicología de la salud	6
Capítulo 2. Duelo y riesgo de suicidio en triage	14
Método	22
Diseño	22
Participantes	22
Criterios de inclusión	22
Criterios de exclusión	23
Criterios de eliminación	23
Variables	25
Instrumentos	26
Procedimiento	28
Análisis de datos	30
Resultados	31
Discusión	39
Conclusiones	53
Referencias	54
Anexos	71

Resumen

El duelo prolongado y riesgo de suicidio son problemas de salud mental que no se han estudiado ampliamente en el área de triage de urgencias médicas alrededor del mundo. El objetivo de este estudio fue explorar la implementación de una adaptación de la GI-mhGAP 2.0 para duelo prolongado y riesgo de suicidio en pacientes usuarios de triage del servicio de urgencias de un hospital en la Ciudad de México. Se realizó un estudio no experimental transversal con 200 pacientes del servicio de triage de urgencias médicas. Se utilizó la escala MINI-S, el IDC y se generó un algoritmo basado en la GI-mhGAP 2.0 ex profeso. Se encontraron ocho casos (4.4%) de riesgo de suicidio alto, siete casos (3.9%) de duelo prolongado y una nula concordancia entre el médico y el psicólogo para identificar los padecimientos de acuerdo con el coeficiente de kappa de Cohen. Esta aproximación a través del algoritmo permitió evaluar y brindar manejo a los pacientes de triage, además de señalar la necesidad de capacitación en salud mental al personal de salud de urgencias médicas.

***Palabras clave:* GI-mhGAP 2.0, duelo prolongado, riesgo de suicidio, triage**

Abstract

Prolonged grief and suicide risk are mental health problems that have not been widely studied in the medical emergency triage area in the world. The objective of this study was to explore the implementation of an adaptation of the GI-mhGAP 2.0 for prolonged grief and suicide risk in triage users of the emergency department of a hospital in Mexico City. A non-experimental cross-sectional study was conducted with 200 patients of the medical emergency triage service. The MINI-S scale and the IDC was used, and an algorithm based on the GI-mhGAP 2.0 ex profeso was generated. There was found eight cases (4.4%) of high suicide risk, seven cases (3.9%) of prolonged grief and no agreement between the doctor and the psychologist to identify the diseases according to Cohen's kappa coefficient. This approach through the algorithm allowed evaluating and providing management to patients of triage, in addition to pointing out the need for mental health training for the health professionals in the emergency department.

***Keywords:* GI-mhGAP 2.0, prolonged grief, suicide risk, triage**

Capítulo 1. Psicología de la salud

En 1946, en el preámbulo de la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946), en la Conferencia Sanitaria Internacional, se definió a la salud como: “Un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Dicha definición se ratificó en la Declaración de Alma-Ata de la OMS en 1978 (OMS, 1978), en la que se menciona que la salud es un derecho humano que es obligación de los gobiernos cuidar, así como plantear las estrategias para alcanzar un nivel de salud que permita a las personas llevar una vida social y económicamente productiva.

Por su parte en 2018 en la Declaración de Astaná se reafirmaron los compromisos enunciados en Alma-Ata: lograr una cobertura sanitaria universal a través del compromiso de los gobiernos y sociedades para dar prioridad a la formación de entornos propicios y favorables para la salud (OMS, 2018).

Para poder entender la actual definición de salud establecida por la OMS, se debe revisar la teoría de la transición epidemiológica propuesta por Omran (1971) en la cual se explican los cambios demográficos, económicos y sociológicos que han sucedido a lo largo de la historia de la humanidad y su relación con los conceptos de salud y enfermedad. Dicha teoría se compone de cinco proposiciones:

1. La mortalidad es un factor directamente relacionado con el incremento y disminución de la población, es decir, con su dinámica.
2. Los cambios en los patrones de morbilidad y mortalidad a largo plazo se distinguen en tres grandes etapas sucesivas, pasando de enfermedades infectocontagiosas a enfermedades crónicas y degenerativas, las cuales son:

- i. La era de la peste y hambruna: la principal causa de muerte eran las enfermedades infectocontagiosas, la mortalidad era alta, lo cual impedía el crecimiento de la población y la esperanza de vida oscilaba entre los 20 y 30 años.
- ii. La era de las pandemias en retroceso: la morbilidad y mortalidad por enfermedades infectocontagiosas disminuyeron lo cual generó un crecimiento poblacional y una esperanza de vida de entre 30 y 50 años.
- iii. La edad de las enfermedades degenerativas y causadas por el hombre: la principal causa de muerte son las enfermedades no transmisibles, la mortalidad disminuyó hasta llegar a un nivel relativamente bajo y la esperanza de vida llega a superar los 50 años.

El cambio entre las diferentes etapas anteriores fue el resultado de la interacción de los siguientes determinantes:

- a. Eco-biológicos: agentes patógenos, nivel de hostilidad del medio ambiente y hostilidad del huésped.
 - b. Socioeconómicos, políticos y culturales: estándares de vida y hábitos de salud, nutrición e higiene de cada población.
 - c. De atención médica y salud pública: medidas preventivas y curativas específicas tales como el saneamiento público o la inmunización de la población utilizadas para combatir enfermedades.
3. A diferencia de otros grupos, los niños y las mujeres jóvenes se ven más beneficiados por los cambios en los patrones de salud-enfermedad de la transición epidemiológica, lo cual implica una disminución en la mortalidad de mujeres y un aumento en la supervivencia infantil.

4. Los cambios en la salud y enfermedad están relacionados con los cambios demográficos y socioeconómicos.
5. Existen tres modelos básicos de la transición epidemiológica que surgen a partir de las variaciones de: los patrones de salud-enfermedad, los determinantes y los cambios poblacionales con sus respectivas consecuencias. Tales modelos son (Omran, 1971):
 - i. Modelo clásico occidental: presente principalmente en países de Europa Occidental, indica una transición de mortalidad y fertilidad de tasas altas a tasas bajas. Se debió principalmente al progreso médico y socioeconómico del siglo XX.
 - ii. Modelo acelerado: representado por Japón, describe que el logro de una mortalidad más baja (10 por cada 1000 habitantes) más baja y el cambio a las enfermedades crónicas y degenerativas fue más rápido en comparación con el modelo clásico; y se logra una mejora de la supervivencia de niños y mujeres. Dichos cambios estuvieron determinados por los avances sanitarios, médicos, por el control del aumento de la población y una reducción de la fertilidad.
 - iii. Modelo contemporáneo o retrasado: está presente en la mayoría de los países en desarrollo. Presenta una disminución lenta e inestable de mortalidad, altos niveles de fertilidad y altas tasa de mortalidad infantil y de la infancia. En dichos países existen programas para el control de la población como es el caso de la disminución de la fertilidad para reducir la brecha entre la tasa de mortalidad y natalidad.

Por su parte Armelagos, Brown y Turner (2005) plantearon la transición epidemiológica dando énfasis en aspectos evolutivos, históricos, económicos y sociales que expliquen la relación

salud-enfermedad. A partir de esto se pueden distinguir tres grandes cambios en el proceso salud-enfermedad:

1. El cambio de una vida nómada a sedentaria propiciada por la domesticación de animales y el cultivo de plantas derivó en un crecimiento del tamaño y densidad de la población. Con el aumento en la producción de alimentos, se incrementaron también los desechos “humanos” y la contaminación del agua que dio lugar a enfermedades infectocontagiosas. Además, el contacto con animales también propició nuevas enfermedades zoonóticas, es decir, que se transmitían de animales a humanos. También se piensa que como consecuencia de la agricultura hubo un cambio en la dieta y un aumento en la ingesta de carbohidratos, lo que hizo más propensos a los humanos a dichas enfermedades (Harper & Armelagos, 2013).
2. Debido a los avances médicos que surgieron a partir de la teoría microbiana, de la revolución industrial y a las medidas de salud pública, hubo un decremento en las enfermedades infecciosas dando lugar a una mayor esperanza de vida de la población y al desarrollo de las enfermedades crónico-degenerativas.
3. Se considera que actualmente se está viviendo en esta etapa que surgió como resultado de cambios demográficos, ambientales, económicos y sociales en la que coexisten enfermedades crónico-degenerativas junto con la reaparición de enfermedades infecciosas que han desarrollado resistencia a los antibióticos y la aparición de nuevas enfermedades.

La transición epidemiológica propuesta por Omran (1971) generó una base teórica para comprender de una mejor manera los factores intervinientes (causas inmediatas y últimas) en el proceso de salud-enfermedad, así como generar estrategias de prevención y predicción de

tendencias epidemiológicas futuras que contribuyan a mejorar la salud de la población (Zuckerman et al., 2014).

En 1977 Engel mencionó que el modelo biomédico, el cual postula que los factores biológicos son los causantes de enfermedades y que se adaptaba a la primera y segunda etapa de la transición epidemiológica, no lograba explicar de igual manera el proceso de salud-enfermedad en la tercera etapa, en particular al tratarse de las enfermedades crónico-degenerativas, esto debido a que el desarrollo de las enfermedades crónico-degenerativas no depende únicamente de aspectos biológicos, si no de factores psicológicos y sociales que impactan en su aparición y progreso. También señala que dicho modelo es reduccionista porque considera que toda enfermedad se puede comprender como una desorganización y desequilibrio a nivel fisiológico y celular; y es exclusionista debido a que descarta a las enfermedades mentales del estudio de la medicina al no poder ser explicadas desde aspectos biológicos. A partir de ello, propone el modelo biopsicosocial que incluye factores psicológicos y sociales (aparte de los biológicos) como causas de la enfermedad.

No obstante, dicho modelo presenta críticas importantes tales como que pareciera ser que es más una teoría que un modelo debido que no tiene un carácter predictivo y no tiene una justificación clara tanto teórica como científica (McLaren, 1998). En ese sentido se puede pensar al modelo biopsicosocial como una lista que enuncia una cantidad de ingredientes, pero que se puede diferenciar de una receta de cocina, es decir, no es suficiente con conocer los ingredientes (factores biológicos, psicológicos y sociales), sino que es necesario saber el cómo y cuándo interactúan para poder explicar la etiología, patogénesis y el tratamiento de la enfermedad. Por último, es difícil definir cuándo una situación clínica es biopsicosocial y qué peso tiene cada

factor debido a que no necesariamente la presencia de un componente o factor implicaría un tratamiento sobre ese factor (Ghaemi, 2011).

A pesar de las críticas, y ante la necesidad de abordar los aspectos psicológicos y sociales que impactan en el proceso de salud-enfermedad que mencionó Engel (1977), en 1979 se creó la división 38 de la Asociación Americana de Psicología (APA por sus siglas en inglés) con el objetivo de avanzar en las contribuciones de la psicología como disciplina para la comprensión de la salud y la enfermedad a través de la investigación básica y clínica, y alentando la integración de información biomédica sobre salud y enfermedad con el conocimiento psicológico actual (Matarazzo, 1979), dando lugar a una nueva área llamada psicología de la salud que se define como el conjunto de conocimientos educativos, científicos y profesionales propios de la disciplina psicológica para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de enfermedades y la identificación de la etiología y condiciones diagnósticas de la salud y la enfermedad (Matarazzo, 1980).

Dentro de este clima multifactorial, para explicar el proceso de salud-enfermedad y considerando la ratificación de salud de la OMS en la declaración de Alma-Ata (OMS, 1978), la disciplina psicológica comienza a desarrollarse en el ámbito de la salud dando lugar a la psicooncología y a la medicina conductual, las cuales, aplicaban técnicas de la psicología para prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar problemas de la salud y la enfermedad, principalmente en el ámbito hospitalario (Holland, 2002; Matarazzo, 1980).

En ese sentido, las principales aportaciones que ha tenido la psicología de la salud se observan al tratar enfermedades crónico-degenerativas como el control de diabetes, hipertensión, eventos cerebrovasculares y complicaciones relacionadas con el abuso de sustancias (Barata et al., 2017; Hiliard et al., 2016; Kirkevold et al., 2018; Solano López, 2018). También ha

contribuido con otras áreas médicas como cardiología, cuidados paliativos e intensivos, pediatría y nutrición (Benzies et al., 2017; Korteland et al., 2017; Quernot et al., 2017; Staplaton et al., 2017; Temel et al., 2017) y no únicamente con psiquiatría (Matarazzo, 1980).

Sin embargo, en el área de urgencias médicas, que se define como la especialidad dedicada al diagnóstico y tratamiento de enfermedades o lesiones imprevistas de cualquier paciente que requiera atención médica, quirúrgica o psiquiátrica (American College of Emergency Physicians, 2016), la psicología de la salud no había tenido tanto desarrollo en comparación con la psicooncología a pesar de ser un área médica en la que se reportan diversas necesidades psicológicas (Faessler et al., 2016; Miller et al., 2017). Históricamente la medicina de emergencia tiene sus orígenes en la década de 1960. No obstante, desde entonces, no era reconocida como una especialidad de la medicina por lo que las emergencias eran atendidas por médicos en formación o especialistas de otras áreas. No fue hasta 1972 cuando la Asociación Médica Americana (AMA) reconoció oficialmente a la medicina de emergencia como una especialidad médica (Suter, 2012).

Junto con la reciente aparición de la medicina de emergencia, existe otra razón por la cual la psicología no ha tenido tanto impacto en dicha especialidad médica, y es debido a la filosofía dualista cartesiana que propone que el cuerpo y la mente son dos cosas diferentes (Engel, 1977) excluyendo a los factores psicológicos en el cuidado del paciente. No obstante, existen dos razones que indican la importancia de la presencia de la psicología en urgencias médicas: la primera tiene que ver con la consistencia de la definición de salud de la OMS (1946) que subraya el factor psicológico como esencial para alcanzar la salud, y la segunda con el incremento de la evidencia que subraya la importancia de los factores psicológicos relacionados con el cuidado del

paciente de urgencias, así como sus familiares y personal de salud que ahí laboran (Landa-Ramírez & Murillo-Cruz, 2019).

Debido a lo anterior y la relativa poca literatura que habla del trabajo de la psicología de la salud en el contexto de urgencias médicas, el presente trabajo busca explorar el proceso de duelo y riesgo de suicidio en personas usuarias del servicio de urgencias médicas a través de la adaptación de una guía clínica.

Capítulo 2. Duelo y riesgo de suicidio en triage

Como se mencionó en el capítulo 1, la medicina de emergencia (ME) es una especialidad dedicada al diagnóstico y tratamiento de enfermedades o lesiones imprevistas de cualquier paciente que requiera atención médica, quirúrgica o psiquiátrica y que no se define por ubicación, por tanto, se puede practicar en una variedad de entornos, como los departamentos de emergencias (DE), hospitales y unidades de atención de urgencias, unidades de medicina de observación, vehículos de respuesta médica de emergencia, en sitios de desastre o por telemedicina (American College of Emergency Physicians, 2016),

En el DE, el triage es un proceso de evaluación al paciente en el momento de su llegada al servicio de urgencias para determinar la prioridad de la atención médica (Hodge et al., 2013). Tiene como objetivo garantizar que los pacientes se traten en orden de urgencia clínica y optimizar el tiempo de espera de los pacientes (Gilboy et al., 1999). Esto implica una evaluación rápida, interpretación de la historia clínica, evaluación fisiológica, asignación de un código de urgencia y canalización al área apropiada del DE (McCallum, 2007).

Farrohknia et al. (2011) mencionaron que no existe una escala triage universal para categorizar las urgencias. Sin embargo, se han creado e implementado satisfactoriamente algunas escalas como la Australian Triage Scale (ATS), Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS), Manchester Triage Scale (MTS) y Emergency Severity Index (ESI) que clasifican el nivel de urgencia en cinco categorías, siendo la primera categoría la de mayor prioridad de atención. A cada categoría se le asigna un tiempo máximo de espera dentro del cual el paciente debe recibir evaluación y tratamiento (Australasian College for Emergency Medicine [ACEM], 2016).

En 2016 los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos, reportaron que los departamentos de urgencias médicas recibieron 145.6 millones de visitas (CDC, 2016). Por su parte, en Canadá, los DE recibieron a 10.6 millones de personas de 2017 a 2018 (Canadian Institute for Health Information, 2018).

Si bien, no existe un registro referente a las visitas a urgencias médicas a nivel nacional, en 2017, las unidades hospitalarias de la Ciudad de México recibieron un total de 657,127 pacientes de los cuales, 3,706 (0.6%) fueron atendidos por trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otras sustancias psicoactivas como principales causas de atenciones en urgencias (Secretaría de Salud de la Ciudad de México, 2017). Por su parte, los trastornos neuróticos, los trastornos relacionados con el estrés y los trastornos somatomorfos fueron la principal causa de atención para 2,630 mujeres de un total de 387,621 (0.7%) y 1,828 hombres de un total de 269,506 (0.7%) (Secretaría de Salud de la Ciudad de México, 2017).

Es común que el paciente que acude al servicio de urgencias presente dolor como síntoma físico primario (Butti et al., 2017), o acompañado de síntomas relacionados con complicaciones del sistema musculoesquelético, cardiovascular o respiratorio (Scherer et al., 2017) que aumentan la probabilidad de muerte o de pérdida de función fisiológica de uno o más sistemas orgánicos al no tratarse adecuadamente o a tiempo (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2011).

Dentro de las problemáticas sociales que presenta el paciente de urgencias, se encuentran las dificultades económicas generadas por los costos de tratamiento y consulta, lo cual lleva al incumplimiento de las recomendaciones de tratamiento médico y a problemas laborales (Gilbert, 2017). Al no contar con seguro médico ni acceso a la atención médica primaria, existe un mayor uso del servicio de urgencias y costos para el paciente (Tang et al., 2010).

Psicológicamente, el paciente que acude al DE por alguna afección somática aguda experimenta esa situación como estresante, lo cual da lugar a respuestas afectivas como son

miedo, desesperanza, ansiedad, tristeza y frustración (Faessler et al., 2016). Otros problemas de salud mental presentes en urgencias son intentos de suicidio o autolesión (Miller et al., 2017) y el duelo presente en familiares de pacientes fallecidos (Walters & Tupin, 1991). A pesar de ello, no se ha encontrado literatura que reporte el duelo en pacientes que acuden al servicio triage.

El duelo prolongado y el suicidio son problemas de salud mental que se presentan en urgencias y que no suelen tener una amplia descripción. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) define al suicidio como el acto deliberado de quitarse la vida a sí mismo, cuyos factores de riesgo incluyen enfermedades mentales, principalmente la depresión y los trastornos por consumo de alcohol, el abuso de sustancias, la violencia, las sensaciones de pérdida y diversos entornos culturales y sociales. En el caso de duelo, existen distintas conceptualizaciones como son: complicado, patológico, mórbido, crónico, traumático o prolongado (Wagner & Maercker, 2010), sin embargo, una definición que ha ganado reciente aceptación es la de duelo prolongado que de acuerdo con OMS (2019) se define como la alteración de las respuestas psicológicas ante la pérdida de un ser querido caracterizadas por el anhelo de la persona fallecida, intenso dolor emocional, dificultad para participar en actividades sociales o incapacidad para experimentar un estado de ánimo positivo. Dichas respuestas se han mantenido más de seis meses como mínimo y superan las normas socioculturales esperadas al contexto de la persona afectando el funcionamiento familiar, laboral, educativo, social u ocupacional.

Doshi, Boudreaux, Wang, Pelletier y Camargo (2005) reportaron que, en promedio, el DE en EUA recibió 412,000 visitas anuales a causa de intentos de suicidio o de autolesión por lo que el paciente que llega a urgencias por dicha causa tiene más probabilidad de reingresos o de muerte, ya que 1 de cada 10 individuos que completaron el suicidio habían sido atendidos en un DE en los 2 meses anteriores (Bowers et al., 2018). También en EUA hubo un incremento en el

número de visitas al DE por suicidio o autolesión de 2010 a 2014 pasando de 27,000 a 50,000 casos (Hooker et al., 2019). Por su parte, Holland, Graves, Klingspon, y Rozalski (2016) encontraron una asociación entre síntomas relacionados con el duelo prolongado y un mayor número de visitas al DE.

A nivel social el paciente que ha intentado suicidarse se ve afectado en sus relaciones familiares y comunitarias; y a nivel psicológico aumenta la probabilidad de presentar reacciones de duelo complicado, trastornos mentales o futuros intentos de suicidio o autolesión (Cerel et al., 2008). Por otro lado, Shear (2015) reportó que los pacientes con duelo sin tratamiento tienen más probabilidad de presentar abuso de sustancias, pensamiento suicida, trastornos del sueño, así como una función inmune deteriorada.

Como se ha visto, existen estudios que nos dan idea de la presencia de riesgo suicida y duelo en pacientes de triage, no obstante, son pocos los textos que mencionan cómo tratarlos. Esto representa un problema porque es más probable que las personas con dichos padecimientos regresen al servicio de urgencias o mueran (Fedyszyn et al., 2016).

Debido a la falta de investigación en el área, pareciera ser que urgencias no está pensada para tratar pacientes con riesgo suicida y duelo desde un enfoque psicosocial y quizá por esto no exista tanta investigación y guías de acción en dicha área, pues hay que considerar que en México solo existen 10.9 trabajadores de salud por cada cien mil habitantes (PAHO, 2017), además de que solo 1% del personal sanitario mundial se enfoca en la salud mental (OMS, 2015). Sin embargo, en el sistema de salud, hay otros sistemas que evalúan e intervienen dichos padecimientos tal como el programa de acción mundial para superar la brecha en salud mental (mhGAP, por sus siglas en inglés Mental Health GAP Action Program), que se define como un conjunto de intervenciones eficaces basadas en evidencia para la prevención y tratamiento de

trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (MNS) especialmente para países de ingresos medianos y bajos (OMS, 2008).

En 2010, con base en las directrices de mhGAP se creó la guía de intervención mhGAP para los trastornos MNS en el nivel de atención de la salud no especializada (GI-mhGAP) en su versión 1.0 y en 2016 se actualizó a la versión 2.0. La GI-mhGAP versión 2.0 (GI-mhGAP 2.0) es una guía modelo que puede ser adaptada a situaciones locales y específicas de acuerdo con el contexto de los establecimientos de salud cuyo propósito es facilitar la aplicación de mhGAP y orientar a trabajadores del sector salud que no están especializados en salud mental, para tratar trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (OMS, 2016).

A pesar de que la GI-mhGAP está pensada originalmente para ser aplicada en primer y segundo nivel de salud por personal no especializado en salud mental, la guía genera bases importantes que pueden ser extrapoladas a personal especializado en salud mental y adaptadas a otros ámbitos de atención de salud, como lo es el triage del DE (OMS 2015; OMS, 2016). Una de las principales razones del por qué la GI-mhGAP se puede adaptar a triage tiene que ver con la necesidad de atención de los trastornos MNS que se reportan en el DE debido a que son problemas que no se manejan de manera efectiva, es decir, no se implementa la práctica basada en evidencia o los centros de salud solo ofertan tratamientos médicos sin evaluaciones psicológicas o psiquiátricas (Fleischmann & Saxena, 2013), la evaluación que se realiza no es sensible a las dificultades mentales de los pacientes (Mitchell, 2006) y no se ofrece ayuda psiquiátrica o psicológica (Fleischmann, 2008), o inclusive no están siendo identificados (Ting et al., 2012), lo cual, genera sobrepoblación en el DE, gastos excesivos en atención médica y tratamientos innecesarios para los pacientes (Cremonesi et al., 2015; Uscher-Pines et al., 2014).

Aunque existe evidencia de la implementación de GI-mhGAP y derivados en diversos sectores de salud a nivel mundial, dicha evidencia se enfoca principalmente en la viabilidad de

aplicar el modelo en países en vías de desarrollo (Mutiso et al., 2019) y en los efectos de entrenamientos a personal de salud no especializado (Keynejad et al., 2018). Al respecto, Mutiso et al. (2019) llevaron a cabo un estudio en Kenya para determinar la viabilidad y efectividad de uso de la GI-mhGAP 1.0 como herramienta de intervención para reducir la discapacidad y mejorar la calidad de vida en pacientes con trastornos MNS por parte de enfermeras y oficiales clínicos; usaron un diseño de intervención no controlado y prospectivo; se reclutaron 2306 participantes de centros de salud que previamente habían sido concientizados en campañas de salud mental. Posteriormente se hizo un seguimiento a tres y seis meses de 1718 y 1371 pacientes respectivamente. Para medir conducta suicida se utilizó la Escala de Suicidio de Beck (BSS por sus siglas en inglés), para calidad de vida el WHO QoL-BREF y para discapacidad el WHO Disability Assessment Schedule II (DAS II por sus siglas en inglés). Los resultados muestran que es viable adaptar la GI-mhGAP 1.0 al reducir significativamente 6.9% y 34.5% los puntajes de BSS para los tres y seis meses de seguimiento respectivamente con un valor $p=0.041$. De igual manera se mejoró significativamente la calidad de vida de los pacientes al reducir la discapacidad relacionada con los trastornos MSN reflejada en la disminución de los puntajes de discapacidad promedio con respecto a la línea base de 20% en los tres meses y 31% en los seis meses de seguimiento con $p<0.0001$. También aumentaron las puntuaciones promedio del QoL en cada uno de sus factores (física: de 11.2 a 13.5, psicológica: de 12.2 a 14.2, social: de 12.4 a 14.0 y ambiental: de 12.1 a 13.4) comparando desde la línea base hasta el seguimiento de 6 meses. Las limitaciones de dicho estudio fueron: la ausencia de un grupo control para tener una mejor comprensión del impacto de la intervención, la atención de los trastornos mentales comórbidos no se realizó de manera integral y formal ya que no se hicieron registros y mediciones propias; y debido a la poca literatura que habla al respecto de intervenciones basadas en GI-mhGAP, el contraste y comparación de este estudio fue prácticamente nula (Mutiso et al., 2019).

A pesar de que el DE no fue creado para atender problemas de salud propios del primer nivel, la literatura internacional reporta que son cada vez más los casos de pacientes que acuden a triage de urgencias antes de ser atendidos en sector primario (Afilalo, 2004). De los pacientes que llegan a triage, el 37% son pacientes que no presentan una urgencia real (Uscher-Pines et al., 2014), las principales razones de ello son que los pacientes no cuentan con seguro médico (Miller et al., 2017), reciben una atención médica más rápida e inmediata en urgencias, se les había negado la atención en sus clínicas locales, la atención en urgencias es mejor debido a que la proporcionan especialistas y por autodiagnósticos sobre la agudización de una enfermedad previa (Hooker et al., 2019). Por su parte, 3.6% de pacientes llegan a triage por necesidades de salud mental (Instituto Australiano de Salud y Bienestar [por sus siglas en inglés Australian Institute of Health and Welfare, 2017]). En ese sentido, se vuelve relevante generar acciones encaminadas a abordar las necesidades de los pacientes que acuden a triage y que están sobresaturando el servicio sin recibir necesariamente una atención pertinente a su demanda. La GI-mhGAP 2.0 podría ser una opción para evaluar y dar una primera aproximación a las necesidades de salud mental, especialmente al riesgo de suicidio y al duelo prolongado que ahí llegan. Aunque la guía podría ser una buena opción para abordar dichas necesidades, no se encontró evidencia empírica al respecto. Esto se puede corroborar a partir de una búsqueda que se realizó para la presente investigación en las siguientes bases de datos: Medline/PubMed, Cochrane Review, PsycINFO/Ovid, CINAHL/EBSCO combinando los siguientes términos “Mesh” y “Text Word”: “mhGAP” “mhGAP implementation” “mhGAP-GI” “mhGAP-GI 2.0” “mhGAP 2.0” “mhGAP 1.0” “suicide risk” “grief” “bereavement” “emergency department” “triage” “mental health” “evidence” “mhGAP adaptation” “World Health Organization”.

Debido a lo anterior, se vuelve relevante preguntarse ¿qué hallazgos se obtendrán de explorar la implementación de una adaptación de la GI-mhGAP 2.0 para duelo prolongado y

riesgo de suicidio en pacientes usuarios que asisten a triage de urgencias médicas? Por lo cual, el objetivo de este estudio es explorar la implementación de una adaptación de la GI-mhGAP 2.0 para duelo prolongado y riesgo de suicidio en pacientes usuarios de triage del servicio de urgencias del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

Método

Diseño

Se realizó un estudio de investigación exploratorio, no experimental, analítico-observacional y transversal debido a que: no se manipularon deliberadamente las variables y a que se realizaron las mediciones en un sólo momento. El hecho de que sea exploratorio se sustenta en que: el conocimiento actual del tema de investigación posterior a una revisión de la literatura ha sido poco estudiado y se busca abordarlo desde una perspectiva innovadora, además de que los estudios exploratorios permiten familiarizarnos con el tema para obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa respecto del contexto en particular (triage) al identificar desafíos, bondades y limitantes y así poder sentar las bases de futuras líneas de investigación para optimizar y direccionar de una mejor manera los recursos de investigación (Hernández-Sampieri et al., 2014).

Participantes

Se trabajó con pacientes que ingresaron a triage de urgencias médicas del turno matutino del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” durante 6 meses de abril a septiembre de 2019. Se seleccionó una muestra de 200 participantes de manera no probabilística y por conveniencia, que aceptaron su participación en el estudio y que cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

- Pacientes que llegaron al área de triage mayores de 18 años.
- Que aceptaron verbalmente participar en el estudio.
- Que se encontraban en el área de espera para pacientes de triage.
- Que hablaban español y orientados en las cuatro esferas de consciencia.

Criterios de exclusión

- Que presentaron comportamientos asociados al dolor muy intenso tales como: tono muscular rígido, movimientos frecuentes de cabeza o extremidades, ceño fruncido, dientes apretados o dificultad para ser confortado con el tacto o el habla.
- Que pasaron directamente al área de observación o choque/reanimación.
- Se encontraban participando en otro estudio o protocolo.
- Que presentaron algún impedimento físico para realizar la evaluación.

Criterios de eliminación

- Que solo respondieran la hoja de datos sociodemográficos o que quedara inconclusa.

Del total de la muestra, 58.5% eran mujeres y 41.5% eran hombres. La media de edad fue de 40 años con una desviación estándar de 7.501 y una moda de 59 años. Las personas solteras y casadas eran las frecuentes con un 32.5% y 31.5% respectivamente. Casi la mitad de la muestra (47%) contaba con educación básica: 20% con primaria y 27% con secundaria. Ningún participante de la muestra tuvo posgrado o especialidad profesional. La religión predominante fue la católica con un 63.5% y el 84% de las personas radican en la Ciudad de México (Tabla 1).

Tabla 1*Características sociodemográficas de los participantes*

Variables	n= 200
Edad	M=40 Mo=59 Med=48.5 RIQ=29 (Q ₁ =30; Q ₃ =59) (DE=17.501)
Sexo	n (%)
Hombres	83 (41.5%)
Mujeres	117(58.5%)
Estado civil	
Casado	63 (31.5%)
Soltero	65 (32.5%)
Unión libre	34 (17.0%)
Divorciado	18 (9.0%)
Viudo	16 (8.0%)
NR	4 (2.0%)
Escolaridad	
Sin escolaridad	8 (4.0%)
Primaria	40 (20.0%)
Secundaria	54 (27.0%)
Preparatoria	64 (32.0%)
Licenciatura	33 (16.5%)
Posgrado	0 (0%)
NR	1 (0.5%)
Ocupación	
Desempleado	17 (8.5%)
Al hogar	59 (29.5%)
Estudiante	7 (3.5%)
Empleado	80 (40.0%)
Autoempleado	31(15.5%)
Jubilado/pensionado	5 (2.5%)
NR	1 (0.5%)
Religión	
Ninguna	47 (23.5%)
Católica	127 (63.5%)
Cristiana	19 (9.5%)
Otras	3 (1.5%)
NR	4 (2.0%)
Residencia	
CDMX	168 (84.0%)
Edo. Méx.	19 (9.5%)
Otros	11 (5.5%)
NR	2 (1.0%)

M=Media; DE=Desviación estándar; Mo=Moda; Med=Mediana; RIQ=Rango intercuartil; n=Tamaño de la muestra

Variables

Duelo prolongado

Definición conceptual. Posterior a la muerte de un ser querido, es una respuesta de dolor persistente y generalizada, caracterizada por el anhelo y nostalgia constante por la persona fallecida acompañada de un intenso dolor emocional, que ha persistido seis meses como mínimo y que es mayor a las normas sociales esperadas por el contexto cultural y religioso del individuo. Esta alteración causa un deterioro significativo en el ámbito familiar, social, ocupacional o personal de la persona (OMS, 2019).

Definición operacional. Para medir el duelo prolongado, se utilizó el Inventario de Duelo Complicado (IDC) adaptado al castellano por Limonero et al. (2009), derivado del Inventario de Duelo Complicado (ICG por sus siglas en inglés) de Prigerson et al. (1998).

Riesgo de autolesión/suicidio.

Definición conceptual. La probabilidad de quitarse deliberadamente la vida o de envenenamiento o lesión autoinfligida intencional que puede tener o no un resultado fatal, cuyos componentes principales son pensamientos, planes, historial de intentos de suicidio o autolesión pasados, acceso a medios letales, alteraciones emocionales graves, desesperanza y desesperación extremas o dolor crónico (OMS, 2016).

Definición operacional. Para medir riesgo de suicidio se utilizó la subescala de riesgo de suicidio de la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional versión en español 5.0.0 (MINI-S) de Ferrando et al. (1998).

Instrumentos

Hoja de datos sociodemográficos

Se creó de manera ex profeso para recolectar información sociodemográfica, signos fisiológicos, condición médica reportada por el paciente, fecha de aplicación, hora de inicio y finalización de la evaluación, así como nombre del aplicador. Además, contiene un cuadro comparativo de la percepción médica y psicológica sobre la presencia de duelo y riesgo de suicidio (Anexo 1).

Adaptación de la GI-mhGAP versión 2.0 para pacientes de triage de urgencias médicas

Evaluación adaptada ex profeso a partir de la GI-mhGAP 2.0 para identificar sintomatología ansiosa y depresiva, duelo por fallecimiento de un allegado o ser querido, riesgo de suicidio y consumo de sustancias en pacientes de triage de urgencias médicas (en este trabajo solo se reportará la información relacionada con el duelo por fallecimiento de un ser querido y riesgo suicida). Consta de seis hojas: cuatro con algoritmos para identificar la presencia de cada una de las variables mencionadas (Anexo 2 y 3), una con un semáforo que describe los tres posibles abordajes posteriores a la aplicación de los algoritmos basado en el manual de intervención breve vinculada a la prueba ASSIST y en las recomendaciones de la GI-mhGAP 2.0 (Anexo 6); y otra creada para vaciar las respuestas del paciente a las preguntas planteadas en los diferentes algoritmos (Anexo 7). Esta última se compone por cuatro recuadros (depresión, ansiedad, duelo y riesgo de suicidio) divididos cada uno en el número de preguntas contenidas en cada algoritmo para cada variable, y en si se realizó la evaluación e identificó la presencia de la variable. También contiene otro recuadro dividido en cuatro partes, que a su vez se divide en 3 partes siguientes: verde, amarillo y rojo para indicar el tipo de intervención realizada. En la parte final de la hoja existe un cuadro de comentarios u observaciones.

Inventario de Duelo Complicado (IDC)

Es una escala adaptada al castellano por Limonero, Lacasta, García, Maté y Prigerson (2009), derivada del Inventario de Duelo Complicado (ICG por sus siglas en inglés) de Prigerson et al. (1998), que evalúa los síntomas asociados al duelo para diferenciar entre casos “normales” y “complicados”. Consta de tres factores que explican el 50.2% de la varianza: el primer factor, explica el 33.87% de la varianza y comprende los reactivos: 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8 y 18, y se ha denominado “recuerdos del difunto”; el segundo factor, “sensación de vacío”, explica un 8.66% de la varianza con los reactivos: 6, 9, 10, 11, 14, 17 y 19; y el tercero, denominado “presencia-vivencia con la persona fallecida” explica un 7.68% de la varianza que abarca los reactivos restantes. Contiene 19 reactivos tipo Likert con un Alpha de Cronbach de 0.88 y de 0.81 posterior a cuatro meses en el test-retest. Se califica sumando los puntos de cada reactivo cuyo punto de corte mayor a 25 puntos para considerar duelo complicado con un rango que va de 0 a 76 puntos. A pesar de no conocer la confiabilidad del instrumento para población mexicana, la importancia de usar dicho instrumento radica en que permite conocer de manera más específica la frecuencia de las reacciones comunes ante una pérdida de un allegado y brinda un panorama general para saber si existe la posibilidad de desarrollar trastorno de duelo prolongado.

MINI subescala riesgo de suicidio (MINI-S)

Es una subescala que mide el riesgo de suicidio, consta de 6 reactivos dicotómicos (*sí, no*) con valores de 1, 2, 6, dos de 10 y uno de 4 respectivamente. Ferrando, Bobes, Gibert, Soto y Soto (1998) reportan que tiene “buena validez y confiabilidad”. El rango de puntaje total va de 0 a 33 con 3 niveles de riesgo. Los puntos de corte son de 1 a 5 para leve, de 6 a 9 para moderado y mayor o igual a 10 para alto. A pesar de no contar con el valor de Alpha para población mexicana, la importancia de usar dicho instrumento radica en que nos permite conocer de manera más específica componentes principales del riesgo suicida que coinciden con los descritos en la

GI-mhGAP versión 2.0 dentro de una temporalidad no mayor a 1 mes, así como el tiempo corto de aplicación, por lo que se puede afirmar que es adecuado para los tiempos que se manejan en triage.

Procedimiento

El tamizaje para identificar duelo prolongado y riesgo de suicidio se elaboró a partir de la GI-mhGAP 2.0 junto con un grupo de estudiantes de octavo semestre de la Facultad de Psicología. Dicho tamizaje pertenece a un estudio más amplio que evalúa sintomatología depresiva y ansiosa, duelo prolongado, riesgo de suicidio y consumo de sustancias. La batería del presente estudio se conforma por datos sociodemográficos, un algoritmo de tres preguntas filtro de respuesta dicotómica para conocer si: existe el reciente (menor a 6 meses) fallecimiento de algún familiar o ser querido, sintomatología asociada al duelo y si dicha sintomatología está afectando el funcionamiento de la persona. Si el algoritmo lo indica, se aplica el IDC junto con un termómetro que va de 0 a 10 para que el paciente identifique la intensidad de la sintomatología antes mencionada. Por último, un semáforo de manejo que indica tres posibles abordajes: verde, se dan consejos generales de salud mental; amarillo, recomendaciones breves y fortalecer redes de apoyo; rojo, intervención breve, interconsulta y recomendaciones breves.

En cuanto al riesgo de suicidio, la hoja que contiene el algoritmo se divide en 2 preguntas filtro para conocer: la existencia de pensamiento o plan de suicidio y para identificar si ha existido algún intento suicida. Para aplicar MINI-S, se necesita una respuesta afirmativa en al menos una de las preguntas anteriores, de igual modo se pregunta la frecuencia de pensamiento, plan y/o intentos con ayuda de un termómetro que va de 0 a 10.

Finalmente, la última hoja de evaluación para riesgo de suicidio es igual a la de duelo, a excepción de que para el color rojo se añaden las siguientes indicaciones: no se debe dejar sola a

la persona, informar al médico de la existencia de un riesgo de suicidio y si el paciente viene acompañado de un familiar, ofrecerles apoyo psicológico.

Posterior a la adaptación de la GI-mhGAP 2.0, se capacitó a estudiantes de pregrado de psicología para evaluar a los pacientes que acudieron a triage del servicio de urgencias del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” durante el turno matutino en un periodo de seis meses que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión y que dieron su consentimiento informado verbal en el que el paciente aceptó participar en el estudio.

Cabe mencionar que los lineamientos éticos presentes en esta investigación fueron respetar la confidencialidad y autonomía del paciente. También, dentro del consentimiento verbal antes mencionado, se le informó al paciente los objetivos del estudio, la posibilidad de experimentar malestar o incomodidad al contestar las preguntas realizadas y por tanto estaba en su derecho de terminar la evaluación en cualquier momento deseado, así como el beneficio de conocer su estado de salud mental y de recibir apoyo psicológico inmediato en consulta externa en caso necesario.

Durante la implementación de la adaptación de la GI-mhGAP 2.0, se tomaron los datos sociodemográficos, fisiológicos y condición médica (reportada por el paciente) para después aplicar el algoritmo de duelo prolongado y riesgo de suicidio en dicho orden. Finalmente se aplicó el semáforo de abordaje dependiendo del caso y se le preguntó al médico si logró identificar algún duelo por fallecimiento de allegado o ser querido o riesgo de suicidio en el paciente evaluado medicamente en el área de triage en el turno matutino.

En resumen, una vez que el paciente ingresaba al área de triage, se le entregaba un turno para la toma de signos (por parte del personal de enfermería) y para la consulta médica. Es precisamente, posterior a la toma de signos y antes de la consulta médica cuando se realizaba la evaluación psicológica. Finalmente, después de que el paciente recibía la consulta médica y era

referido al área correspondiente a su nivel de urgencia determinado por el médico, se le preguntó a este último si identificaba duelo o riesgo de suicidio en el paciente.

Cabe mencionar que aquellos pacientes que obtuvieron semáforo rojo tanto para duelo como para riesgo de suicidio, se realizaron llamadas telefónicas para saber si estaban recibiendo o habían recibido atención psicológica. Las llamadas fueron hechas durante dos semanas tres veces en tres distintos horarios (mañana, tarde y noche) cada una de lunes a viernes.

Análisis de datos

Se realizó un análisis estadístico descriptivo con el programa R® en su versión 3.6.1 con ayuda de RStudio ® en la versión 1.2.5033. Se utilizaron las funciones “describe” y “summary” para obtener los principales estadísticos descriptivos y de dispersión, “mean” para obtener la media, “sd” para el cálculo de la desviación estándar; y “min” y “max” para obtener valores mínimos y máximos de los datos sociodemográficos y de las variables antes descritas.

Se utilizó el coeficiente de kappa de Cohen para determinar si existía un acuerdo en la identificación de duelo y riesgo de suicidio entre el médico y el psicólogo. Se emplearon el coeficiente de kappa de Cohen con la función “cohen.kappa” y la clasificación propuesta por Landis y Koch (1977) para interpretar el nivel de concordancia: si kappa es menor que 0, "Sin acuerdo", si 0-0.2, "Acuerdo mínimo", si 0.2-0.4, "Acuerdo justo", si 0.4-0.6, "Acuerdo moderado", si 0.6-0.8, "Acuerdo sustancial", si 0.8-1.0, "Acuerdo casi perfecto". Dentro de ese análisis hay que considerar que las evaluaciones que se usaron cumplían con los siguientes criterios: la respuesta del médico se basó en una pregunta dicotómica (*sí, no*) y la del psicólogo se basó en el resultado final de la hoja de algoritmo entendida como “NO”: aquellos casos en los que se tuvo semáforo verde o amarillo; y “SI”: aquellos casos en los que tuvo semáforo rojo.

Resultados

De acuerdo con el objetivo del presente trabajo, a continuación, se describirán los hallazgos encontrados durante la exploración de la implementación de la GI-mhGAP 2.0 para duelo y riesgo de suicidio.

De las 200 aplicaciones, el 41% (82 casos) no tuvo ningún dato perdido y por tanto se definieron como aplicaciones completas totales. El 59% (118 casos) restante tiene al menos un dato perdido. En cuanto a las hojas de los algoritmos de duelo y riesgo de suicidio consideradas en conjunto, se obtuvo un 88% (176 casos) de evaluaciones sin datos perdidos. En ese sentido, se presenta a continuación la Tabla 2 con los porcentajes de llenado de cada uno de los datos de la hoja de datos sociodemográficos. Para el cálculo de dicho porcentaje excluyen los valores perdidos entendidos como aquellos datos en los que no se tiene la respuesta del paciente.

Tabla 2*Porcentajes de llenado de la hoja de datos sociodemográficos*

Dato de la hoja de datos sociodemográficos	Porcentaje de llenado (n= 200)	
	Hora de inicio	96%
	Hora de finalización	96.5%
Datos del paciente		
	Edad	100%
	Sexo	100%
	Estado Civil	98%
	Ocupación	99.5%
	Escolaridad	99.5%
	Religión	98%
	Teléfono	84.5%
	Fecha de nacimiento	98.5%
	Lugar de nacimiento	100%
	Lugar de residencia	99%
	¿Con quién vive?	100%
	Total de miembros de su familia	98.5%
Condición médica		
	Motivo de consulta	99.5%
	Reingresos	99%
	Número de ficha	99.5%
	¿Padece alguna enfermedad?	100%
	¿Cuál es?	100%
	Tiempo de evolución	93%
	Medicamentos que toma	99.5%
	¿Ha tenido alguna complicación alguna vez?	98.5%
	Consumo de sustancias	99%
Evaluación fisiológica		
	Temperatura	84.5%
	Frecuencia respiratoria	92%
	Frecuencia cardíaca	93.5%
	Tensión arterial sistólica	94%
	Tensión arterial diastólica	94%
	Glucemia capilar	93.5%
	Escala análoga del dolor	69%
	Saturación de oxígeno	93%
Presenta (Percepción del médico)		
	Duelo (DUE)	87.5%
	Riesgo de suicidio (SUI)	87.5%
	Nivel de urgencia	84.5%
	Tiempo en consulta	96.5%

Tanto la fecha, el nombre del psicólogo que evaluó y del psicólogo responsable, el folio, el nombre del paciente y la frecuencia de consumo de alcohol/tabaco u otra (sustancia) son datos que se aplicaron para el cálculo de porcentajes de llenado de la hoja de datos sociodemográficos que se muestran en la Tabla 2. Por otro lado, para la hoja de respuestas a las preguntas de los algoritmos de duelo y riesgo de suicidio, se tienen los siguientes porcentajes de llenado y se presentan en la Tabla 3.

Tabla 3

Porcentajes de llenado de la hoja de respuestas a las preguntas de los algoritmos

Variable	Pregunta del algoritmo	Porcentaje de llenado (n=200)
Duelo	Pregunta duelo 1 (DUE1)	93.5%
	Pregunta duelo 2 (DUE2)	92.5%
	Pregunta duelo 3 (DUE3)	91.5%
	IDC	89.5%
	Termómetro psicológico	88.5%
Riesgo de suicidio	Pregunta riesgo de suicidio 1 (SUI 1)	91%
	Pregunta riesgo de suicidio 2 (SUI 2)	91%
	MINI	90%
	Termómetro psicológico	87.5%

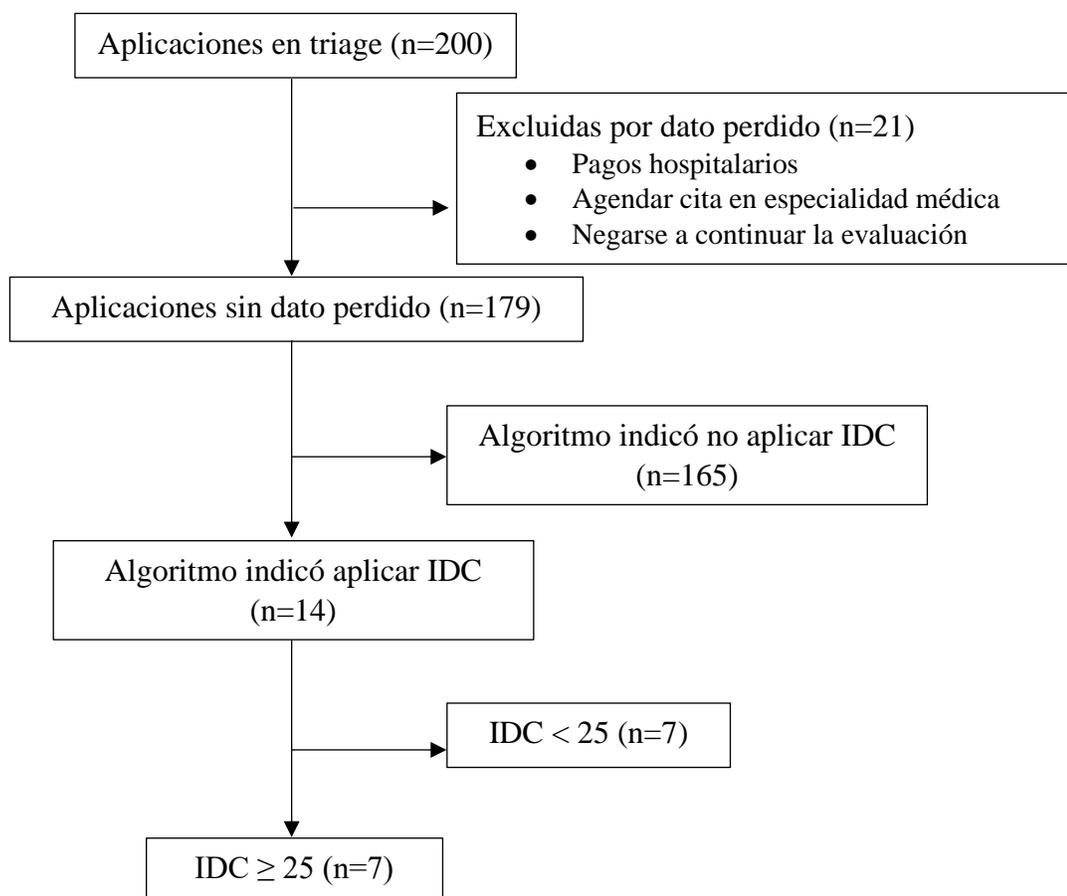
Nota: IDC=Inventario de Duelo Complicado; MINI=Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (por sus siglas en inglés)

De acuerdo con la Tabla 3, el termómetro psicológico es el dato que tiene más valores perdidos por aplicación en la hoja de respuestas a las preguntas de los algoritmos. Para el caso de la variable duelo se tiene 11.5% (23 casos) y para el caso de suicidio 12.5% (25 casos) de evaluaciones con el termómetro psicológico como valor perdido. Sin embargo, el hecho de prescindir de este dato no afectará los demás resultados de esta investigación porque su uso era con fines clínicos. Respecto a los tiempos de aplicación de las 200 evaluaciones, la media fue de 13.947 minutos, la mediana de 11 minutos con una desviación estándar de 9.142 minutos; y con valor mínimo y máximo de 2 y 65 minutos respectivamente.

De las 200 aplicaciones realizadas en triage para identificar duelo prolongado, 21 (10.5%) de ellas se eliminaron debido a que: el paciente iba a realizar pagos de estudios médicos, tramitar una cita para una especialidad médica o decidió no continuar con la evaluación psicológica. De las 179 evaluaciones que quedaron, en 14 (7.8%) de ellas el algoritmo indicó que se aplicara el IDC. Siete (3.9%) de los pacientes a los que se les aplicó el instrumento puntuaron por arriba de 25, lo cual indicaba duelo complicado y en siete (3.9%) sus puntajes no sobrepasaron el punto de cohorte estipulado (Figura 1).

Figura 1

Diagrama de flujo de las aplicaciones del algoritmo de duelo

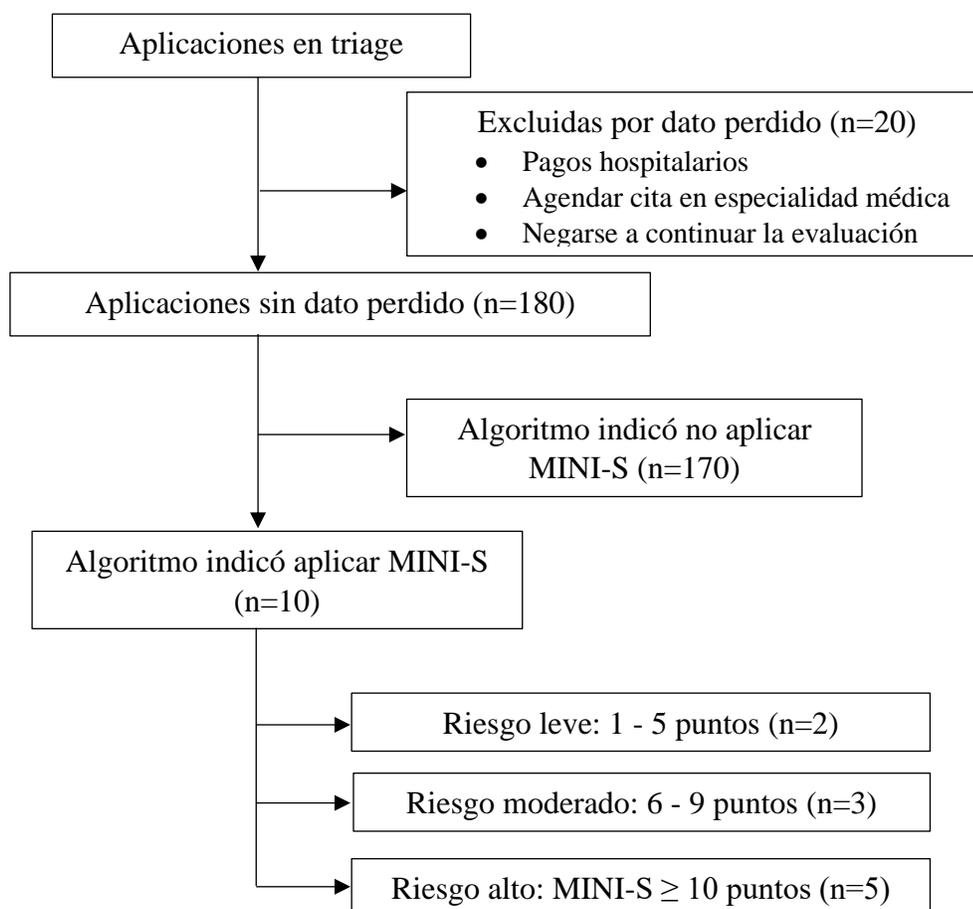


Nota: IDC=Inventario de Duelo Complicado

De igual manera de las 200 aplicaciones realizadas en triage para identificar riesgo suicida, 20 (10%) se eliminaron debido a que: el paciente iba a realizar pagos de estudios médicos o del servicio, tramitar una cita para una especialidad médica o decidió no continuar con la evaluación psicológica. De las 180 evaluaciones restantes, en diez (5%) de ellas el algoritmo indicó que se aplicara la MINI-S. Cinco de estos pacientes (2.5%) puntuaron por arriba de 10 puntos lo cual indicaba riesgo alto de suicidio, tres pacientes (1.5%) puntuaron entre 6 y 9 puntos lo cual indica riesgo moderado de suicidio y dos pacientes puntuaron entre 1 y 5 puntos lo cual señalaba riesgo leve de suicidio (Figura 2).

Figura 2

Diagrama de flujo de las aplicaciones del algoritmo de riesgo de suicidio

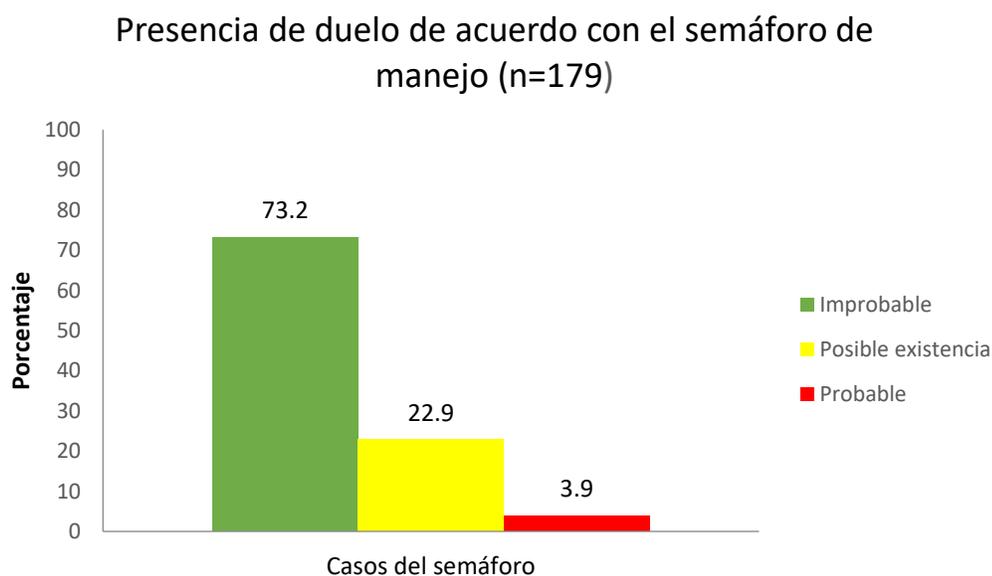


Nota: MINI-S=subescala de riesgo de suicidio de la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (por sus siglas en inglés).

Para el algoritmo de duelo, de 179 evaluaciones realizadas, 73.2% terminaron con semáforo de manejo verde que indicaba que no era probable que el paciente presentara duelo prolongado, por lo cual se le brindaban consejos de salud mental generales; 22.9% obtuvieron un semáforo amarillo que indicaba la probable presencia de duelo prolongado en el paciente, por lo cual se le brindaron recomendaciones breves y fomentaron redes de apoyo; y 3.9% obtuvieron un semáforo rojo que indicó una alta probabilidad de la presencia de duelo prolongado en el paciente y por tanto se hacía una breve intervención, así como la derivación a interconsulta (Figura 3).

Figura 3

Casos según semáforo de manejo para duelo

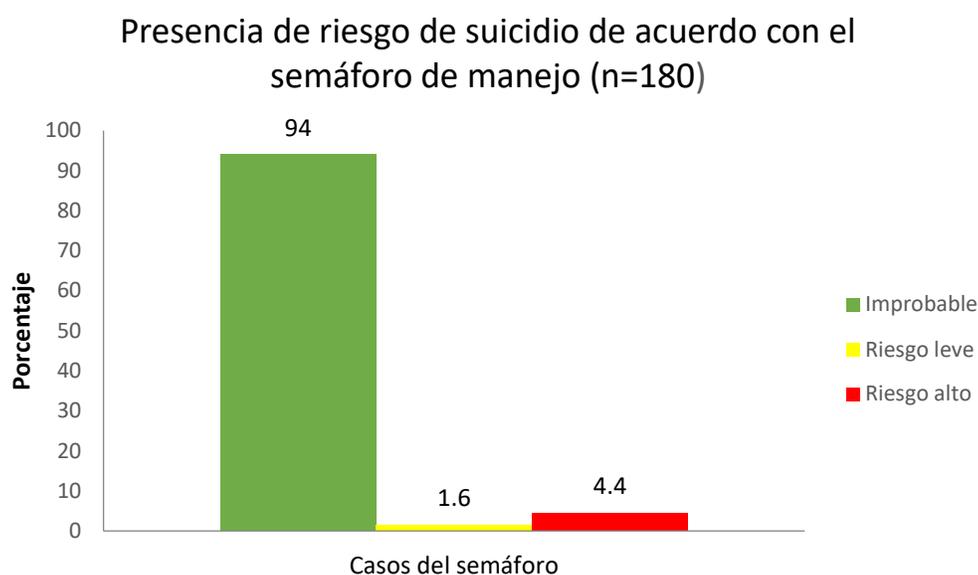


En el caso del algoritmo de riesgo de suicidio, de 180 evaluaciones realizadas, el 94% terminaron con semáforo de manejo verde que indicaba que era improbable la existencia de riesgo de suicidio en el paciente; 1.6% obtuvieron un semáforo amarillo que indicaba un riesgo leve de suicidio por lo que brindaron recomendaciones breves y fomentaron redes de apoyo; y

4.4% con semáforo rojo que indicaba una alta probabilidad de suicidio o de autolesión y por tanto se realizaba una intervención urgente en el paciente, no se le dejaba solo y se le informaba al médico para una posible referencia de atención psiquiátrica. (Figura 4).

Figura 4

Casos según semáforo de manejo para riesgo de suicidio



No existió algún paciente con semáforo de finalización en rojo para duelo y riesgo de suicidio juntos.

De los semáforos en rojo, los porcentajes de duelo (3.9%) y de riesgo de suicidio (4.4%) mencionados en las Figuras 3 y 4, representan siete y ocho casos respectivamente. A estos pacientes que finalizaron la evaluación con semáforo de manejo en rojo, se les realizaron llamadas telefónicas en la forma en que se menciona en el procedimiento (Tabla 4). De los ocho pacientes con riesgo de suicidio de semáforo en rojo, solamente se contactó a una persona que mencionó no recibir atención psicológica y que estaba interesada en atenderse. Por su parte, para el caso de duelo, de siete personas, dos de ellas reportaron estar interesadas en recibir atención,

pero que habían tenido una cirugía médica reciente por lo que optaban darle prioridad a su estado físico de salud.

Tabla 4

Llamadas telefónicas realizadas a pacientes con semáforo rojo para duelo y riesgo de suicidio

Motivo	Frecuencia de duelo	Frecuencia de suicidio
No contestaron	3	3
Buzón directo	1	1
Cirugía médica reciente	2	0
No recibía atención psicológica	0	1
Número no existía	1	3
Total	7	8

Para calcular la concordancia entre la percepción del médico y la percepción del psicólogo se utilizó el coeficiente de kappa de Cohen (κ). Para duelo se obtuvo $\kappa = -0.01$ (IC 95%, -0.028 a 0.0076) y para riesgo de suicidio $\kappa = 0.18$ (IC 95%, -0.14 a 0.51). De acuerdo con la Tabla 5, en una ocasión la percepción del médico coincidió positivamente con la percepción del psicólogo y fue para un caso de riesgo de suicidio. No existieron concordancias positivas para duelo. En cuanto a las concordancias negativas, para duelo y riesgo de suicidio se presentaron en 162 ocasiones para ambos casos.

Tabla 5

Kappa de Cohen para identificación de duelo y riesgo de suicidio entre médico y psicólogo

Variable	Identificación del médico/identificación del psicólogo				Kappa	IC 95%
	Sí/Sí	No/No	Sí/No	No/Sí		
Duelo	0	162	1	7	-0.01	(-0.028, 0.0076)
Riesgo de suicidio	1	162	1	7	0.18	(-0.14, 0.51)

Nota: IC=Intervalo de confianza.

Discusión

El objetivo del presente trabajo fue explorar la implementación de una adaptación de la GI-mhGAP 2.0 para duelo por fallecimiento de ser querido y riesgo de suicidio en pacientes usuarios de triage del servicio de urgencias Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

Los resultados de este estudio son una aproximación hacia la comprensión del factor psicológico en un ámbito hospitalario, específicamente en urgencias médicas, un contexto en el que la atención médica no solo es prioridad, sino que en muchos casos es la principal (American College of Emergency Physicians, 2016), estén o no relacionados en primera instancia con aspectos mentales (Faessler et al., 2016).

La importancia del concepto de salud y su relación con los resultados del presente estudio, radica en que, dentro del contexto de triage, al encontrar presencia de riesgo de suicidio y duelo, deben atenderse dichos problemas para así, atender el factor mental que es necesario para alcanzar lo que la OMS denomina salud (OMS, 1946). En cuanto al modelo biopsicosocial (Engel, 1977), el considerar a los factores psicológico y social en el paciente de triage y no solo los factores biológico y físico, permitieron identificar problemas asociados a los motivos de consulta en triage y brindar así un manejo integral consecuente.

En este estudio de las 200 evaluaciones que se aplicaron en triage, se obtuvo un 41% de evaluaciones completas sin ningún valor perdido. Por su parte, el porcentaje de evaluaciones completas de las hojas de algoritmo para duelo y riesgo de suicidio en conjunto corresponden a un 88%. Al respecto Horowitz et al. (2001) implementaron una breve herramienta de detección de riesgo de suicidio en urgencias con pacientes pediátricos, en donde de 155 evaluaciones hechas, completaron 144 (93%) debido a que: reportan que faltaban datos sobre la herramienta de detección o sobre otro instrumento, un adolescente se negó a participar y otro fue excluido de los resultados lo que hacía que las aplicaciones no fueran consideradas. El porcentaje de este estudio

es ligeramente menor al que reportan Horowitz et al. (2001), posiblemente esto se deba a que, en este último, los pacientes estaban hospitalizados y no eran pacientes ambulatorios como sucede en el área de triage. En ese sentido cabe mencionar que a través de la observación clínica en triage se identificó que los pacientes preferían ir a realizarse estudios médicos, asistir a consulta externa o realizar pagos del servicio de urgencias o de medicinas en lugar de terminar la evaluación psicológica en triage (esto último podría impactar en que las evaluaciones no se completen en su totalidad). En ese sentido, a pesar de que la OMS (1946) señaló que la salud no es solo ausencia de enfermedad y que es necesario el bienestar mental, estos resultados parecieran indicar que la creencia de que la salud es ausencia de enfermedad aún sigue presente en la población mexicana.

El triage es un entorno urgente, dinámico y donde se toman decisiones rápidas (Hodge et al., 2013) este modo de trabajo puede ayudar a entender el por qué se presentaron valores perdidos en las evaluaciones de este estudio, sobre todo en el nivel de urgencia que era asignado por el personal médico y en los reactivos del algoritmo debido a que mientras se realizaba una evaluación psicológica, el personal médico ya había atendido a varios pacientes de los cuales hacían falta llenar datos y no recordaban los datos del paciente. Otra probable explicación de los valores perdidos es que debido a que los tiempos estipulados en cada nivel de urgencia de triage están relacionados con las características físicas con las que llegan los pacientes (por ejemplo, a niveles más urgentes, los pacientes llegan en estado de inconsciencia o con dolor intenso o agudo) se imposibilitaba la evaluación psicológica (Australasian College for Emergency Medicine [ACEM], 2016).

El dato con el menor porcentaje de llenado fue la escala análoga del dolor. El hecho de que el psicólogo no haya llenado ese valor es que, en el DE donde fue realizado el presente estudio, el personal de enfermería es el encargado de llenar dicho dato junto con los signos vitales

del paciente (OPS, 2011). No obstante, esto coincide con lo reportado por Göransson et al. (2006) quienes mencionan que no siempre el personal de enfermería realiza un “triage adecuado”, es decir, no siempre cumplen con todas las actividades que deben realizar en triage, por lo que el bajo porcentaje de llenado de dicho dato puede deberse a ello.

En esta investigación también se obtuvo el tiempo de aplicación promedio de la adaptación de la GI-mhGAP 2.0 que fue de 13.9 minutos (para una adecuada interpretación de este resultado, hay que considerar que el tiempo promedio calculado fue sobre la evaluación general: sintomatología depresiva y ansiosa, duelo y riesgo de suicidio). Este resultado es menor comparado con estudios previos realizados en el área de triage (Ávila, 2019) que tenía una duración promedio de 20 a 40 minutos. Una posible razón que explique esta diferencia pudiera deberse a la facilidad de emplear el algoritmo basado en la GI-mhGAP 2.0 y la cantidad de preguntas empleadas (Mutiso et al. 2018; Mutiso et al. 2019; OMS, 2016) (Anexo 2 y 3).

Otra posible razón de la reducción del promedio de tiempo de aplicación es que la adaptación de la GI-mhGAP 2.0 se adecúa a los tiempos de triage (Australasian College for Emergency Medicine [ACEM], 2016), sobre todo a los últimos niveles de atención (nivel 3 y nivel 4). La reducción y adecuación del tiempo permitió tener 200 aplicaciones que evaluaban 4 variables (sintomatología depresiva y ansiosa, duelo prolongado y riesgo de suicidio) en un mismo tamizaje.

La presencia probable de duelo prolongado fue del 3.9%. Al respecto, en el área de urgencias, la literatura reporta el duelo como un proceso que llevan los familiares de los pacientes fallecidos en el área de urgencias (Cooper et al., 2019; Parris et al., 2007), aunque poco se ha reportado de los pacientes que acuden al triage con este problema central o concomitante a otros problemas. Lichtenthal et al. (2004) mencionaron que entre el 10% y el 15% de las personas que tuvieron una pérdida por causa natural desarrollarán trastorno de duelo prolongado y (Kristensen

et al., 2012; Kristensen et al., 2009) reportaron que entre el 30% al 50% desarrollaban duelo prolongado tras estar expuestos a una pérdida relacionada con suicidio, desastre natural, accidentes o guerras. El porcentaje encontrado en este estudio es menor con el reportado en la literatura. Una posible razón de esta diferencia es que en el presente estudio solo se consideró el duelo por fallecimiento de un familiar como factor estresante que pueda derivar en un duelo prolongado (OMS, 2016) y no se tomaron en cuenta otras pérdidas significativas como las asociadas a las enfermedades crónicas, al dolor o a la pérdida de funcionamiento físico (Holland et al., 2016). También hay que considerar que las circunstancias de muerte de un ser querido son variables (Cooper et al., 2019) lo que posiblemente explica que el porcentaje de duelo prolongado debido a muertes repentinas y violentas es mayor al de muertes naturales (Kristensen et al., 2012; Lichtenthal et al., 2004).

Finalmente, el trastorno de duelo prolongado (OMS, 2019) se caracteriza por un dolor persistente y generalizado por la nostalgia por la persona fallecida y por un dolor emocional intenso. Precisamente se ha reportado que en la cultura mexicana se suprime el dolor y no se expresa (Gómez-Gutiérrez, 2011), por lo que puede ser una posible razón por la cual el porcentaje de duelo prolongado en este estudio fue bajo comparado con otras investigaciones.

El riesgo de suicidio en este estudio fue de 4.4%. Este resultado coincide con el porcentaje obtenido por Borges et al. (2010) en el que reportó que, en México, el índice de intentos de suicidio fue de 2.5% a 4.3%, sin embargo, hay que considerar, que su estimación es a nivel nacional y los resultados del presente estudio son a nivel local en un hospital general de la ciudad de México (Borges et al., 2012). Probablemente las coincidencias encontradas se deban a dos razones: la primera tiene que ver con la consistencia conceptual entre el riesgo de suicidio (de este estudio) y de la conducta suicida (Borges et al., 2010) que comprenden a la ideación, plan e intento de suicidio; la segunda tendría que ver con que ambos estudios fueron realizados en

población hospitalaria mexicana. Por otro lado, lo reportado por este resultado es ligeramente más elevado que el reportado por Bowers et al. (2018) en el que se mencionó que el 1% de las visitas al ED son relacionadas con ideación suicida, no obstante, hay que considerar que el presente estudio se realizó en el contexto de triage y no el DE con pacientes internados en hospitalización. Esta diferencia de porcentaje puede deberse a que en este estudio se está considerando no solamente la ideación suicida, sino también los planes o intentos de suicidio a lo largo de su vida, deseos de estar muerto o de hacerse daño (OMS, 2016) y en el caso de Bowers et al. (2018) se evaluó exclusivamente ideación suicida.

Por otro lado, entre 1992 a 2001 se realizaron 53 millones de visitas a los servicios de urgencias de EE. UU. El 7% fue por intento de suicidio (Betancourt et al., 2003). Este porcentaje es más elevado y difiere con el encontrado en este estudio. Esta diferencia estaría relacionada con aquellos pacientes que llegan al área de urgencias con un riesgo inminente o intento de suicidio y por tanto entran directamente a ser hospitalizados debido a que ya que presentan signos de envenenamiento o intoxicación, letargo extremo o pérdida del conocimiento (OMS, 2008; OMS, 2016; Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2007) lo cual imposibilita la evaluación del algoritmo psicológico en triage. Adicionalmente, hay que considerar que el suicidio varía entre distintos países, por ejemplo, de acuerdo con la OMS (2019) el 79% de los suicidios en todo el mundo sucede en países de ingresos económicos bajos y medianos, además de factores sociales y culturales propios de cada país que influyen en la conducta suicida (Saxena et al., 2014). En particular en México se sabe que los intentos de suicidio son más comunes en zonas urbanas que en rurales (Borges et al., 2019), que existe una tendencia al alza en los casos de ideación, plan e intento de suicidio entre los adultos jóvenes y que el comportamiento suicida se ha extendido ampliamente por todo el país. (Borges et al., 2017). De esta manera, el contraste

de los resultados sobre suicidio de este estudio con la literatura internacional mencionada anteriormente debe considerar el contexto de México para una adecuada interpretación.

Otro resultado del presente estudio fue que se encontró una mayor frecuencia en los semáforos de manejo verdes seguidos de los semáforos de manejo amarillos y por último los rojos tanto para el algoritmo de duelo (73.2% verdes, 22.9% amarillos y 3.9% rojos) como para el de riesgo de suicidio (94% verdes, 1.6% amarillos y 4.4% rojos). Al respecto en la literatura se reporta que la presencia de intentos de suicidio en urgencias es del 7% y de duelo prolongado es de 3.5% respectivamente (Betancourt et al., 2003; Cooper et al., 2019; Parris et al., 2007). Esto parece coincidir con la literatura, sin embargo, hay que tener cautela al interpretar los resultados. En primer lugar, hay que considerar que la prevalencia de duelo o riesgo de suicidio en urgencias médicas es relativamente baja en comparación con otros padecimientos como la depresión (42%) pero relativamente alta comparada con la epilepsia (1%) (Abar et al, 2017; Urrestarazu et al., 2008). Estos resultados que se aproximan a identificar la presencia de duelo y riesgo de suicidio recalcan la crítica de Engel (1977) al modelo biomédico en tratar de reducir a la enfermedad a un desequilibrio fisiológico y celular.

En segundo lugar, se espera que los pacientes con semáforo de manejo verde para duelo o riesgo de suicidio no tengan presencia de duelo o riesgo de suicidio, no obstante, existen estudios que reportan que algunos pacientes ocultan o niegan tener algún problema de salud mental (Larkin et al., 2009), particularmente se ha reportado que hasta el 13% de los usuarios de urgencias tienen ideación suicida franca u oculta (Claassen & Larkin, 2005).

El hecho de que en esta investigación se encontrara un mayor número de casos en semáforo de manejo verde en comparación con el amarillo y rojo era un resultado esperado, el cual, coincide con lo reportado con la literatura internacional que menciona que menos del 1% de la población mundial y el 7% de la población de urgencias médicas comete suicidio (Betancourt

et al., 2003; OMS, 2019). Sin embargo, hay que considerar que el hablar de suicidio es un tema que genera estigma y discriminación social en las personas que lo han intentado o pensado por lo que resulta difícil hablar del tema (Sheehan et al., 2016); al respecto, hay estudios que también mencionan que hasta el 13% de los pacientes de urgencias tienen ideación suicida oculta (Claassen & Larkin, 2005); y para el caso de duelo, en la cultura mexicana el dolor asociado a la pérdida tiende a ser también ocultado y no ser expresado (Gómez-Gutiérrez, 2011). También puede ocurrir que simplemente algunos de los pacientes que llegan al servicio de urgencias tienen como su queja única algo físico (Larkin et al., 2009).

Cabe mencionar que aquellas personas cuyo semáforo resultó en color rojo en duelo y riesgo de suicidio se identificaron de manera clínica con la sintomatología depresiva y ansiosa como problemas concomitantes. Esto coincide con lo reportado con la literatura en la que se menciona que posterior a la exposición de un evento estresante como la muerte de un familiar, los síntomas del trastorno de duelo prolongado (posteriores a seis de la muerte del familiar) están asociados con síntomas de depresión y en caso de no tratarse aumenta probabilidad de presentar trastornos por consumo de sustancias, pensamiento suicida, trastornos del sueño, así como una función inmune deteriorada (Al-Gamal et al., 2019; Djelantik et al., 2020; Shear, 2015). Del mismo modo existen investigaciones que mencionan que el paciente que ha intentado suicidarse tiene más probabilidad de padecer trastornos mentales como depresión, futuros intentos de suicidio o autolesión o trastornos de ansiedad (Cerel et al., 2008; Lenferink et al., 2020; Beşirli et al., 2019) y que más del 90% de las personas que murieron por suicidio se vieron afectadas por la depresión, el abuso del alcohol o ambos (Gaynes et al., 2004; Hawton et al., 2013). Estas causas de muerte parecen coincidir con la tercera etapa epidemiológica en la que de acuerdo con Omran (1971) estamos actualmente, en la que las muertes no son causadas por enfermedades zoonóticas o infecciosas.

En cuanto a las llamadas telefónicas realizadas por el equipo de Psicología de Urgencias, solamente tres de 15 personas contestaron para conocer si estaban o no recibiendo atención psicológica. En ese sentido Cooper et al. (2019) reportaron que de 192 pacientes que recibieron acercamientos por parte del personal del DE dentro de un programa de apoyo en duelo para llevar a cabo un seguimiento debido a la muerte de un familiar, todos respondieron a las diferentes formas de comunicación posteriores tales como: llamadas telefónicas, reuniones y correo. Cabe mencionar que no todos terminaron el programa, no obstante, todos los participantes contestaron al primer acercamiento por parte del equipo del ED. Esta radical diferencia en los resultados podría deberse a que Cooper et al. (2019) tuvieron un acercamiento con los familiares en duelo indistintamente de las causas de la muerte del familiar y por tanto no necesariamente revisaban si cumplía criterios para duelo prolongado. En un sentido opuesto, Parris et al. (2007) enviaron cartas en las que los familiares eran invitados a una reunión en el DE de cuatro a seis semanas después de su pérdida. De 1179 cartas enviadas, tuvieron respuesta en 178 (41%), 25 personas (2%) tuvieron seguimiento telefónico posterior al primer contacto, el 27% se negó a continuar y solo una persona consideró que era molesta e inapropiada, pero todos expresaron su agradecimiento por la oferta de atención. El resultado de seguimiento del estudio de Parris et al. (2007) no pareciera ser diferente con los obtenidos en este estudio. El resultado obtenido en la presente investigación podría deberse a que el alto índice de extorsiones telefónicas motive a las personas a no contestar números que no tienen registrados, a pesar de que en el momento de la evaluación se les haya dado la indicación que se les haría una llamada telefónica (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2019). Por otro lado, Medina-Mora et al. (2003) han reportado que existe un estigma al recibir ayuda psicológica, desconocimiento de los beneficios de tratamientos psicológicos, así como que pasa un tiempo considerable entre la identificación de la problemática y la atención adecuada. Estas últimas razones podrían influir en el bajo

seguimiento obtenido en este estudio, por lo que se sugiere hacer mayor énfasis en los beneficios de tratamientos psicológicos y en la importancia de cuidar la salud mental.

En este estudio se encontró que no existe concordancia para identificar la presencia de duelo y riesgo de suicidio, es decir, no existe ningún nivel de acuerdo entre el médico y el psicólogo. Este resultado no parece coincidir con lo reportado por Mutiso et al. (2018), en cuyo estudio obtuvieron una alta concordancia entre la detección y el diagnóstico entre los proveedores de salud. Hay que considerar que la coincidencia entre criterios de detección solo fue evidente para niveles de riesgo de suicidio altos en los que se presentaban signos de autolesión que está asociada con señales evidentes de heridas o intoxicación (Mutiso et al., 2018; OMS, 2016). Otra razón tentativa que puede explicar la diferencia entre el médico y el psicólogo es la falta de capacitación del personal médico general para identificar problemas en salud mental (Borowsky et al., 2000; Edmondson, 2012;), además de que en este estudio el psicólogo tuvo la oportunidad de utilizar la adaptación de la GI-mhGAP 2.0 e instrumentos que facilitan la identificación del duelo y del riesgo de suicidio. Al respecto se ha reportado que la utilización de instrumentos psicométricos o herramientas de detección facilita el identificar y evaluar padecimientos mentales por parte del personal de salud (Ogunsemi et al., 2010; Sharma & Copeland, 2009; Tejada, 2014). Finalmente, y para tener una adecuada interpretación de los resultados, hay que considerar que no se encontraron estudios que comparen directamente la identificación de duelo y riesgo de suicidio de manera directa.

Respecto a los datos sociodemográficos encontrados en este estudio, coinciden con lo reportado por la Secretaría de Salud (2017), en el que menciona que de 657,127 personas que fueron atendidas en urgencias, la mayoría fueron mujeres con 398,7621 casos. Por su parte la religión católica fue la predominante en nuestra muestra. Esto parece coincidir con lo reportado

por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2019) en Censo General de Población y Vivienda el cual menciona que la religión predominante en México es la católica.

Se encontró que existe una diferencia en cuanto al promedio de edades que más llega a urgencias. Nuestros resultados arrojan una media de 59 años y de acuerdo con la Secretaría de Salud (2017), la mayoría de las urgencias atendidas son pediátricas (en el presente estudio fue una población que no se incluyó). A pesar de ello, el segundo grupo de edad más frecuente es de 20 a 24 años (Secretaría de Salud, 2017). Esta diferencia de edades en los resultados puede deberse a que en el departamento de emergencias en el que se llevó a cabo esta investigación no recibe en su mayoría urgencias relacionadas con accidentes, envenenamientos y violencia que son los problemas más frecuentes en el grupo de 20 a 24 años (Secretaría de Salud, 2017). No obstante, para darle una adecuada dimensión a estos últimos resultados hay que considerar que la muestra no es representativa y solo se evaluó en el turno matutino, lo cual puede dar lugar a variación y a que las proporciones de edad no coincidan.

A pesar de los cuidados puestos en el estudio, se logran identificar las siguientes limitaciones:

Desde su concepción, el estudio tiene un alcance exploratorio por lo que, en comparación con estudios con alcances descriptivos o correlacionales, los alcances del objetivo pueden parecer amplios y no contar con una estructura tan definida, por lo que pocas veces constituye un fin en sí mismo (Hernández-Sampieri, 2014). Debido a lo anterior, los resultados obtenidos constituirán en el mejor de los casos, un “vistazo” de lo que ocurre en este contexto.

Los instrumentos empleados para medir duelo y riesgo de suicidio no han sido validados en la población de triage de urgencias médicas. Específicamente el IDC no ha sido validado para población mexicana, por lo que reduce la validez interna del estudio. De manera teórica otra limitante es que el IDC mide duelo complicado, y lo que se pretende identificar con la adaptación

de la GI-mhGAP 2.0 son síntomas de duelo prolongado o posible presencia de duelo prolongado, por lo que existe una brecha teórica en dicho constructo. Cabe mencionar que al momento en que se realizó el estudio no existía un consenso claro y aceptado de la definición de duelo (Wagner & Maercker, 2010).

Al respecto de la adaptación de la GI-mhGAP 2.0 para duelo y riesgo de suicidio, otra limitación metodológica es que las preguntas pertenecientes a los algoritmos no han sido validadas en la población de triage, lo cual puede tener como consecuencia que las preguntas no representen al concepto y estén representando a otras variables parecidas y por tanto no estar detectando características asociadas al duelo o al riesgo de suicidio por lo que se sugiere que en futuros estudios se realice dicha validación para prescindir de los instrumentos psicométricos y para evitar reducir la validez de constructo (Hernández-Sampieri et al., 2014).

De igual manera, no se consideró ni midió el efecto que pueda tener la deseabilidad social de los pacientes al contestar los instrumentos psicológicos, entendida como una necesidad de agradar a los demás, buscando una aprobación (Domínguez Espinosa et al., 2012). Esto puede derivar en el aumento de falsos negativos en la detección de duelo o riesgo de suicidio. Sin embargo, para solventar esta limitante, se buscó que el psicólogo aplicador fuese lo más empático y sensible posible a la situación por la cual atraviesa el paciente de urgencias para establecer una mejor alianza.

La muestra de este estudio es pequeña comparada con otros estudios: el realizado a nivel estatal en Osun en la República Federal de Nigeria (Abdulmalik et al., 2013), el de Gureje et al. (2019) con 1178 participantes, el de Musyimi et al. (2018) con 15078 participantes y el de Mutiso et al. (2019) con 2300 participantes en los que se ha implementado la GI-mhGAP 1.0. Además, por la distribución y tamaño de la muestra de este estudio en comparación con la población total que llega a urgencias no se hace posible una generalización (Hernández-Sampieri et al., 2014;

Otzen & Manterola, 2017). También se eligió realizar la evaluación por conveniencia y solamente fue tomada en el turno matutino entre semana (debido a que es el horario de trabajo de Psicología de Urgencias), esto pudo traer como efecto una poca representatividad de la población total de urgencias y la aparición de sesgos estadísticos. Se sugiere que se hagan las evaluaciones en los tres turnos, los siete días de la semana con turnos aleatorios para poder generalizar los resultados y mejorar la validez externa.

Los resultados generados en este estudio, si bien brindan un panorama general sobre la conveniencia de continuar con una adaptación de la GI-mhGAP 2.0 en triage, son difícilmente contrastables no solo debido a que no se encontraron estudios similares, sino a que la GI-mhGAP 2.0 fue publicada recientemente (2016). Para tener un mejor contexto general, a nivel mundial la GI-mhGAP 1.0 publicada en 2010 aún es la más implementada y estudiada en varios países a diferencia de su versión 2.0.

Se desconoce el número de pacientes que no fueron evaluados a causa del dolor y por tanto tener una aproximación al duelo y al riesgo de suicidio de una mejor manera. En ese sentido tampoco se obtuvieron datos claros sobre la prevalencia del consumo de sustancias, que es otra razón más por la que llegan los pacientes a urgencias y que una mejor comprensión, podría dar lugar a manejos más integrales (OMS, 2016).

Conocer el impacto de la evaluación y del manejo brindado a los pacientes de urgencias se dificulta el tener una respuesta nula en las llamadas telefónicas. En ese sentido, se sugiere plantear estrategias que promuevan la atención oportuna y breve tanto de duelo como de suicidio que identifique los grupos de alto riesgo (Abdulmalik et al., 2013; Tang et al., 2018;). Es importante considerar que existen pacientes que posterior a una evaluación médica en urgencias, son referidos a consulta externa o a su clínica médica local por razones diferentes a las relacionadas con la salud mental, por lo que la probabilidad de hacer un seguimiento psicológico

disminuye. Para solventar esta limitación, se propone que posterior a la revisión médica en triage y evaluación psicológica con la adaptación de la GI-mhGAP 2.0, el paciente acuda a agendar una cita a Psicología de Urgencias para una evaluación más completa y ahí derivarlo o darle tratamiento, dependiendo del caso. Siempre y cuando el paciente brinde su consentimiento y su estado físico lo permita.

Otra limitación es que no en todos los casos se tuvo la oportunidad de hacer una evaluación psicológica más completa para conocer las causas, diagnósticos diferenciales o padecimientos psicológicos asociados con el duelo y riesgo de suicidio (las razones se explican en la discusión) y, por tanto, brindar un mejor manejo psicológico con el paciente. Tampoco se contabilizó el número de personas que no aceptaron la evaluación psicológica en triage, pero se sabe que estuvo presente en esta investigación. Conocer ese dato ayudaría a tener un mejor panorama sobre implementar una adaptación de la GI-mhGAP 2.0 para triage originalmente pensada para atención primaria.

A pesar de las limitaciones mencionadas anteriormente, también se observaron bondades del presente estudio que se describen a continuación:

Hasta el conocimiento del autor, este trabajo es el primer estudio que adapta la GI-mhGAP 2.0 a condiciones de urgencias, lo cual es necesario debido a que precisamente el área de urgencias médicas se ha convertido en el primer punto de contacto de atención primaria de salud mental en comparación con servicios de atención especializada de salud mental (Larkin et al., 2009). Esta carga se ve reflejada en el aumento de consultas relacionadas con salud mental cuya presencia más común de problemas son estado de ánimo, relacionadas con consumo de sustancias, ansiedad, suicidio y psicosis representando un 80% del total de visitas relacionadas con salud mental al DE (Larkin et al., 2005; Larkin et al., 2009).

Otro punto del por qué es relevante este estudio es que brindó un primer acercamiento en la identificación y atención de pacientes no urgentes con trastornos de salud mental en el área de triage. Al respecto, a nivel mundial entre un 76% y un 85% de las personas con trastornos mentales graves no reciben tratamiento lo que da lugar a tasas elevadas de discapacidad y mortalidad (OMS,2013), y muchas de las consultas atendidas en el servicio de urgencias no son realmente pacientes con una urgencia médica (Idil et al., 2018).

La reducción y adecuación del tiempo medio de evaluación al entorno de triage a través de un algoritmo, es una bondad que permite disminuir la muerte experimental y el entorpecimiento con las demás profesiones, sin restar validez a la evaluación (Hernández-Sampieri et al., 2014). El manejo brindado a los pacientes con posible presencia de duelo prolongado y riesgo de suicidio, es decir, que obtuvieron semáforo amarillo o rojo, fue basado en evidencia propuesto por la GI-mhGAP 2.0 al momento de la evaluación realizada en triage (OMS, 2008; OMS 2016).

Al ser un estudio exploratorio, permite sentar las bases de otras investigaciones, por ejemplo: la validación de la escala de duelo prolongado para pacientes de triage (PG-13), validar las preguntas adaptadas de la GI-mhGAP 2.0 para población de triage y comparar su nivel de detección con el MINI-S, medir el efecto de una capacitación en el personal médico sobre la utilización de la GI-mhGAP 2.0 y del programa mhGAP, determinar la relación entre duelo prolongado y riesgo de suicidio, identificar los principales factores que generan riesgo de suicidio o determinar formas de mejorar el seguimiento a los pacientes con posible presencia de duelo prolongado y riesgo de suicidio. De igual forma, este panorama permite ahorrar y direccionar recursos como más le convenga al investigador.

Además, permitió identificar los principales desafíos en el trabajo interdisciplinario respecto a la salud mental tales como atención de referencias médicas, asesoramiento, derivación

de casos por parte del personal médico al psicológico. Sin embargo, se observó clínicamente que la aplicación de la adaptación no era intrusiva con la atención médica y permitía el trabajo conjunto. Este método, podría ayudar a reducir la brecha de atención en salud mental en problemas con alta prevalencia, incidencia e incapacidad a nivel mundial (OMS, 2008).

Conclusiones

El presente trabajo logró cumplir con el objetivo de explorar la implementación de la adaptación de la GI-mhGAP 2.0 para duelo y riesgo de suicidio. Se identificaron desafíos prácticos en la implementación en el área de triage, así como limitantes metodológicas y teóricas. Acorde con los resultados, pareciera ser que es viable adaptar esta guía clínica en salud mental con sus respectivas reservas. El contraste de los resultados fue difícil de lograr debido a que esta es una investigación innovadora en el área de urgencias médicas y los estudios al respecto no se encontraron abundantes. La realización de este estudio permite ver dos cosas se suma importancia:

La primera tiene que ver con que cada vez más el trabajo interdisciplinario para atender problemas de salud mental cobra más relevancia, fuerza e importancia. La segunda se refiere a la relevancia de la detección y tratamiento oportuno de problemas de salud mental tales como el duelo prolongado y riesgo de suicidio, es decir, a la prevención de dichos padecimientos que podrían comprometer el tratamiento de padecimientos médicos.

Actualmente ninguna herramienta de detección de salud mental es ampliamente aceptada o recomendada para su uso en el DE.

Finalmente, este estudio sienta las bases de investigaciones que podrían ayudar a reducir la brecha en salud mental presente en países de medios y bajos ingresos en contextos dinámicos, urgentes y variables como lo es triage.

Referencias

- Abar, B., Hong, S., Aaserude, E., Holub, A., & DeRienzo, V. (2017). Access to Care and Depression among Emergency Department Patients. *The Journal of Emergency Medicine*, *53*(1), 30-37.
<https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2016.11.029>
- Abdulmalik, J., Kola, L., Fadahunsi, W., Adebayo, K., Yasamy, M. T., Musa, E., & Gureje, O. (2013). Country Contextualization of the Mental Health Gap Action Programme Intervention Guide: A Case Study from Nigeria. *PLoS Medicine*, *10*(8), e1001501.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001501>
- Afilalo, J. (2004). Nonurgent Emergency Department Patient Characteristics and Barriers to Primary Care. *Academic Emergency Medicine*, *11*(12), 1302-1310.
<https://doi.org/10.1197/j.aem.2004.08.032>
- Benzies, K. M., Shah, V., Aziz, K., Isaranuwachai, W., Palacio-Derflinger, L., Scotland, J., Larocque, J., Mrklas, K., Suter, E., Naugler, C., Stelfox, H. eeT., Chari, R., & Lodha, A. (2017). Family Integrated Care (FICare) in Level II Neonatal Intensive Care Units: Study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials*, *18*(1), 467. <https://doi.org/10.1186/s13063-017-2181-3>
- Al-Gamal, E., Saeed, S. B., Victor, A., & Long, T. (2018). Prolonged Grief Disorder and Its Relationship With Perceived Social Support and Depression Among University Students. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, *57*(2), 44-51.
<https://doi.org/10.3928/02793695-20181023-03>

- Armelagos, G. J., Brown, P. J., & Turner, B. (2005). Evolutionary, historical and political economic perspectives on health and disease. *Social Science & Medicine*, *61*(4), 755-765.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.066>
- Australasian College for Emergency Medicine. (2016). Guidelines on the implementation of the Australasian triage scale in emergency departments. https://acem.org.au/getmedia/51dc74f7-9ff0-42ce-872a-0437f3db640a/G24_04_Guidelines_on_Implementation_of_ATS_Jul-16.aspx
- Australian Institute of Health and Welfare. (2017). Emergency department care 2016–17: Australian hospital statistics [Data set]. <https://www.aihw.gov.au/reports/hospitals/ahs-2016-17-emergency-department-care/data>
- Ávila, V. (2019). *Asociación entre ansiedad depresión y adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas que acuden a Triage en Urgencias Médicas*. (Licenciada). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Barata, I., Shandro, J., Montgomery, M., Polansky, R., Sachs, C., Duber, H., Weaver, L., Heins, A., Owen, H., Josephson, E., & Macias-Konstantopoulos, W. (2017). Effectiveness of SBIRT for Alcohol Use Disorders in the Emergency Department: A Systematic Review. *Western Journal of Emergency Medicine*, *18*(6), 1143-1152. <https://doi.org/10.5811/westjem.2017.7.34373>
- Beşirli, A., Alptekin, J. Ö., Kaymak, D., & Özer, Ö. A. (2020). The Relationship Between Anxiety, Depression, Suicidal Ideation and Quality of Life in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Psychiatric Quarterly*, *91*(1), 53-64. <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09680-x>
- Bowers, A., Meyer, C., Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Ananeh-Firempong, O. (2003). Defining cultural competence: A practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports*, *118*(4), 293–302.

- Borowsky, S. J., Rubenstein, L. V., Meredith, L. S., Camp, P., Jackson-Triche, M., & Wells, K. B. (2000). Who is at Risk of Nondetection of Mental Health Problems in Primary Care? *Journal of General Internal Medicine*, *15*(6), 381-388. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2000.12088.x>
- Bowers, A., Meyer, C., Hillier, S., Blubaugh, M., Roepke, B., Farabough, M., Gordon, J., & Vassar, M. (2018). Suicide risk assessment in the emergency department: Are there any tools in the pipeline? *The American Journal of Emergency Medicine*, *36*(4), 630–636. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2017.09.044>
- Butti, L., Bierti, O., Lanfrit, R., Bertolini, R., Chittaro, S., Delli Compagni, S., Del Russo, D., Mancusi, R. L., & Pertoldi, F. (2017). Evaluation of the effectiveness and efficiency of the triage emergency department nursing protocol for the management of pain. *Journal of Pain Research*, *10*, 2479-2488. <https://doi.org/10.2147/JPR.S138850>
- Canadian Institute for Health Information. (2018). NACRS Emergency Department Visits and Length of Stay, 2017–2018 [Data set]. <https://www.cihi.ca/en/quick-stats?fbclid=IwAR3TygDIPPILyb40wcMT8QMI0KFbyJL3pDeOZiEWMpD4ufuwdCgtxBLtow>
- E
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2007). Suicide trends among youths and young adults aged 10-24 years—United States, 1990-2004. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, *56*(35), 905–908.
- Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. (2016). *Emergency Department Visits*. <https://www.cdc.gov/nchs/fastats/emergency-department.htm>
- Cerel, J., Jordan, J. R., & Duberstein, P. R. (2008). The Impact of Suicide on the Family. *Crisis*, *29*(1), 38-44. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.29.1.38>

- Claassen, C. A., & Larkin, G. L. (2005). Occult suicidality in an emergency department population. *British Journal of Psychiatry*, 186(4), 352-353. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.4.352>
- Cooper, J. J., Stock, R. C., & Wilson, S. J. (2020). Emergency Department Grief Support: A Multidisciplinary Intervention to Provide Bereavement Support After Death in the Emergency Department. *The Journal of Emergency Medicine*, 58(1), 141-147. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2019.09.034>
- Cremonesi, P., di Bella, E., Montefiori, M., & Persico, L. (2015). The Robustness and Effectiveness of the Triage System at Times of Overcrowding and the Extra Costs due to Inappropriate Use of Emergency Departments. *Applied Health Economics and Health Policy*, 13(5), 507-514. <https://doi.org/10.1007/s40258-015-0166-5>
- Definition of Emergency Medicine. (2016). *Annals of Emergency Medicine*, 68(1), 142–143. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2016.04.040>
- Djelantik, A. A. A. M. J., Robinaugh, D. J., Kleber, R. J., Smid, G. E., & Boelen, P. A. (2020). Symptomatology following loss and trauma: Latent class and network analyses of prolonged grief disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in a treatment-seeking trauma-exposed sample. *Depression and Anxiety*, 37(1), 26–34. <https://doi.org/10.1002/da.22880>
- Domínguez Espinosa, A. D. C., Aguilera Mijares, S., Acosta Canales, T. T., Navarro Contreras, G., & Ruiz Paniagua, Z. (2012). La Deseabilidad Social Revalorada: Más que una Distorsión, una Necesidad de Aprobación Social. *Acta de Investigación Psicológica*, 2(3), 808–824. <https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2012.3.236>
- Doshi, A., Boudreaux, E. D., Wang, N., Pelletier, A. J., & Camargo, C. A. (2005). National Study of US Emergency Department Visits for Attempted Suicide and Self-Inflicted Injury, 1997-2001.

Annals of Emergency Medicine, 46(4), 369–375.

<https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2005.04.018>

Edmondson, D., Newman, J. D., Chang, M. J., Wyer, P., & Davidson, K. W. (2012). Depression is associated with longer emergency department length of stay in acute coronary syndrome patients. *BMC Emergency Medicine*, 12, 14. <https://doi.org/10.1186/1471-227X-12-14>

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, (196), 129-136. <http://doi:10.1126/science.847460>

Faessler, L., Kutz, A., Haubitz, S., Mueller, B., Perrig-Chiello, P., & Schuetz, P. (2016). Psychological distress in medical patients 30 days following an emergency department admission: Results from a prospective, observational study. *BMC Emergency Medicine*, 16(1), 33. <https://doi.org/10.1186/s12873-016-0097-y>

Farrohknia, N., Castrén, M., Ehrenberg, A., Lind, L., Oredsson, S., Jonsson, H., Asplund, K., & Göransson, K. E. (2011). Emergency Department Triage Scales and Their Components: A Systematic Review of the Scientific Evidence. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 19(1), 42. <https://doi.org/10.1186/1757-7241-19-42>

Fedyszyn, I. E., Erlangsen, A., Hjorthøj, C., Madsen, T., & Nordentoft, M. (2016). Repeated Suicide Attempts and Suicide Among Individuals With a First Emergency Department Contact for Attempted Suicide: A Prospective, Nationwide, Danish Register-Based Study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 77(6), 832-840. <https://doi.org/10.4088/JCP.15m09793>

Ferrando, L., Bobes, J., Gilbert, J., Soto, M. & Soto, O. (1998). M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión 5.0.0. DSM-IV. La Academia.

<http://www.academia.cat/files/425-7297->

[DOCUMENT/MinientrevistaNeuropsiquatribaInternacional.pdf](#)

- Fleischmann, A. (2008). Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: A randomized controlled trial in five countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(9), 703–709. <https://doi.org/10.2471/BLT.07.046995>
- Fleischmann, A., & Saxena, S. (2013). Suicide Prevention in the WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP). *Crisis*, 34(5), 295–296. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000214>
- Gaynes, B. N., West, S. L., Ford, C. A., Frame, P., Klein, J., & Lohr, K. N. (2004). Screening for Suicide Risk in Adults: A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 140(10), 822. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-140-10-200405180-00015>
- Ghaemi, S. N. (2011). The Biopsychosocial Model in Psychiatry: A Critique. *Existenz*, 6(1), 8. [Existenz. https://existenz.us/volumes/Vol.6-1Ghaemi.pdf](https://existenz.us/volumes/Vol.6-1Ghaemi.pdf)
- Gilbert, S. K. (2017). A comparison of perspectives on costs in emergency care among emergency department patients and residents. *World Journal of Emergency Medicine*, 8(1), 39. <https://doi.org/10.5847/wjem.j.1920-8642.2017.01.007>
- Gilboy, N., Travers, D., & Wuerz, R. (1999). Re-evaluating triage in the new millennium: A comprehensive look at the need for standardization and quality. *Journal of Emergency Nursing*, 25(6), 468-473. [https://doi.org/10.1016/S0099-1767\(99\)70007-3](https://doi.org/10.1016/S0099-1767(99)70007-3)
- Gómez-Gutiérrez, J. (2011). La Reacción ante la Muerte en la Cultura del Mexicano Actual. *Investigación y saberes*, 1 (1), 39-48.

- Göransson, K. E., Ehrenberg, A., Marklund, B., & Ehnfors, M. (2006). Emergency department triage: Is there a link between nurses' personal characteristics and accuracy in triage decisions? *Accident and Emergency Nursing*, 14(2), 83–88. <https://doi.org/10.1016/j.aaen.2005.12.001>
- Gureje, O., Oladeji, B. D., Montgomery, A. A., Bello, T., Kola, L., Ojagbemi, A., Chisholm, D., & Araya, R. (2019). Effect of a stepped-care intervention delivered by lay health workers on major depressive disorder among primary care patients in Nigeria (STEP CARE): A cluster-randomised controlled trial. *The Lancet. Global Health*, 7(7), e951-e960. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30148-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30148-2)
- Harper, K. N., & Armelagos, G. J. (2013). Genomics, the origins of agriculture, and our changing microbe-scape: Time to revisit some old tales and tell some new ones: Genomics, Agriculture, and Human Microbes. *American Journal of Physical Anthropology*, 152, 135–152. <https://doi.org/10.1002/ajpa.22396>
- Hawton, K., Casañas I Comabella, C., Haw, C., & Saunders, K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 147(1–3), 17–28. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.004>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw Hill Interamericana.
- Hilliard, M. E., Powell, P. W., & Anderson, B. J. (2016). Evidence-based behavioral interventions to promote diabetes management in children, adolescents, and families. *American Psychologist*, 71(7), 590-601. <https://doi.org/10.1037/a0040359>
- Hodge, A., Hugman, A., Varndell, W., & Howes, K. (2013). A review of the quality assurance processes for the Australasian Triage Scale (ATS) and implications for future practice.

Australasian Emergency Nursing Journal, 16(1), 21-29.

<https://doi.org/10.1016/j.aenj.2012.12.003>

Hooker, E. A., Mallow, P. J., & Oglesby, M. M. (2019). Characteristics and Trends of Emergency Department Visits in the United States (2010–2014). *The Journal of Emergency Medicine*, 56(3), 344–351. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2018.12.025>

Holland, J. M., Graves, S., Klingspon, K. L., & Rozalski, V. (2016). Prolonged grief symptoms related to loss of physical functioning: Examining unique associations with medical service utilization. *Disability and Rehabilitation*, 38(3), 205–210. <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1031830>

Holland, J. C. (2002). History of Psycho-Oncology: Overcoming Attitudinal and Conceptual Barriers. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 206-221. <https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00004>

Horowitz, L. M., Wang, P. S., Koocher, G. P., Burr, B. H., Smith, M. F., Klavon, S., & Cleary, P. D. (2001). Detecting Suicide Risk in a Pediatric Emergency Department: Development of a Brief Screening Tool. *PEDIATRICS*, 107(5), 1133-1137. <https://doi.org/10.1542/peds.107.5.1133>

Idil, H., Kilic, T. Y., Toker, İ., Dura Turan, K., & Yesilaras, M. (2018). Non-urgent adult patients in the emergency department: Causes and patient characteristics. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 18(2), 71–74. <https://doi.org/10.1016/j.tjem.2017.10.002>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2019). Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública 2018. <https://www.inegi.org.mx/temas/religion/>

Kennedy, K., Aghababian, R., Gans, L., & Lewis, C. (1996). Triage: Techniques and Applications in Decisionmaking. *Annals of Emergency Medicine*, 28(2), 136-144. [https://doi.org/10.1016/S0196-0644\(96\)70053-7](https://doi.org/10.1016/S0196-0644(96)70053-7)

- Keynejad, R. C., Dua, T., Barbui, C., & Thornicroft, G. (2018). WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Intervention Guide: A systematic review of evidence from low and middle-income countries. *Evidence Based Mental Health, 21*(1), 30–34.
<https://doi.org/10.1136/eb-2017-102750>
- Kirkevold, M., Kildal Bragstad, L., Bronken, B. A., Kvigne, K., Martinsen, R., Gabrielsen Hjelle, E., Kitzmüller, G., Mangset, M., Angel, S., Aadal, L., Eriksen, S., Wyller, T. B., & Sveen, U. (2018). Promoting psychosocial well-being following stroke: Study protocol for a randomized, controlled trial. *BMC Psychology, 6*(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0223-6>
- Korteland, N. M., Ahmed, Y., Koolbergen, D. R., Brouwer, M., de Heer, F., Kluin, J., Bruggemans, E. F., Klautz, R. J. M., Stiggelbout, A. M., Bucx, J. J. J., Roos-Hesselink, J. W., Polak, P., Markou, T., van den Broek, I., Ligthart, R., Bogers, A. J. J. C., & Takkenberg, J. J. M. (2017). Does the Use of a Decision Aid Improve Decision Making in Prosthetic Heart Valve Selection?: A Multicenter Randomized Trial. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes, 10*(2).
<https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.116.003178>
- Kristensen, P., Weisæth, L., & Heir, T. (2012). Bereavement and Mental Health after Sudden and Violent Losses: A Review. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 75*(1), 76-97.
<https://doi.org/10.1521/psyc.2012.75.1.76>
- Kristensen, P., Weisaeth, L., & Heir, T. (2009). Psychiatric disorders among disaster bereaved: An interview study of individuals directly or not directly exposed to the 2004 tsunami. *Depression and Anxiety, 26*(12), 1127–1133. <https://doi.org/10.1002/da.20625>

- Landa-Ramírez, E., & Murillo-Cruz, J. L. (2019). The need to introduce a Psychological Program into Emergency Medicine: Early experiences in the field. *Revista de Educación e Investigación En Emergencias*, 1(3), 3262. <https://doi.org/10.24875/REIE.19000025>
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). An Application of Hierarchical Kappa-type Statistics in the Assessment of Majority Agreement among Multiple Observers. *Biometrics*, 33(2), 363. <https://doi.org/10.2307/2529786>
- Larkin, G. L., Beautrais, A. L., Spirito, A., Kirrane, B. M., Lippmann, M. J., & Milzman, D. P. (2009). Mental Health and Emergency Medicine: A Research Agenda. *Academic Emergency Medicine*, 16(11), 1110-1119. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2009.00545.x>
- Larkin, G. L., Claassen, C. A., Emond, J. A., Pelletier, A. J., & Camargo, C. A. (2005). Trends in U.S. emergency department visits for mental health conditions, 1992 to 2001. *Psychiatric Services* (Washington, D.C.), 56(6), 671–677. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.6.671>
- Lenferink, L. I. M., Nickerson, A., Keijser, J., Smid, G. E., & Boelen, P. A. (2020). Trajectories of grief, depression, and posttraumatic stress in disaster-bereaved people. *Depression and Anxiety*, 37(1), 35-44. <https://doi.org/10.1002/da.22850>
- Lichtenthal, W. G., Cruess, D. G., & Prigerson, H. G. (2004). A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clinical Psychology Review*, 24(6), 637–662. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.07.002>
- Limonero, J. T., Lacasta, M., García, J. A., Maté, J., & Prigerson, H.G. (2009). Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. *Medicina Paliativa*, 16. 291-297.
- Matarazzo, J. D. (1979). President's column. *The HealthPsychologist*, 1(1), 1

- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35(9), 807-817. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.9.807>
- McCallum, T. G. (2007). Emergency Triage. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 10(2), 43-45. [https://doi.org/10.1016/S1574-6267\(07\)00054-7](https://doi.org/10.1016/S1574-6267(07)00054-7)
- McLaren, N. (1998). A Critical Review of the Biopsychosocial Model. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 32(1), 86-92. <https://doi.org/10.3109/00048679809062712>
- Miller, I. W., Camargo, C. A., Arias, S. A., Sullivan, A. F., Allen, M. H., & Goldstein, A. B. (2017). Suicide Prevention in an Emergency Department Population: The ED-SAFE Study. *JAMA Psychiatry*, 74(6), 563. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0678>
- Miranda, B. C., & Sánchez, M. H. (s/f). *Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores*. 12.
- Mitchell, A. J. (2006). Self harm and attempted suicide in adults: 10 practical questions and answers for emergency department staff. *Emergency Medicine Journal*, 23(4), 251–255. <https://doi:10.1136/emj.2005.027250>
- Molina-López, A., Cruz-Islas, J. B., Palma-Cortés, M., Guizar-Sánchez, D. P., Garfias-Rau, C. Y., Ontiveros-Uribe, M. P., & Fresán-Orellana, A. (2016). Validity and reliability of a novel Color-Risk Psychiatric Triage in a psychiatric emergency department. *BMC Psychiatry*, 16(1), 30. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0727-7>
- Mutiso, V. N., Musyimi, C. W., Rebello, T. J., Gitonga, I., Tele, A., Pike, K. M., & Ndeti, D. M. (2018). Patterns of concordances in mhGAP-IG screening and DSM-IV/ICD10 diagnoses by trained community service providers in Kenya: A pilot cross-sectional study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(11), 1277–1287. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1567-1>

- Mutiso, V. N., Pike, K. M., Musyimi, C. W., Gitonga, I., Tele, A., Rebello, T. J., & Ndetei, D. M. (2019). Feasibility and effectiveness of nurses and clinical officers in implementing the WHO mhGAP intervention guide: Pilot study in Makueni County, Kenya. *General Hospital Psychiatry*, 59, 20–29. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2019.04.005>
- Mutiso, V. N., Pike, K. M., Musyimi, C. W., Gitonga, I., Tele, A., Rebello, T. J., & Ndetei, D. M. (2019). Feasibility and effectiveness of nurses and clinical officers in implementing the WHO mhGAP intervention guide: Pilot study in Makueni County, Kenya. *General Hospital Psychiatry*, 59, 20-29. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2019.04.005>
- Musyimi, C. W., Mutiso, V. N., Haji, Z. R., Nandoya, E. S., & Ndetei, D. M. (2018). Mobile Based mhGAP-IG Depression Screening in Kenya. *Community Mental Health Journal*, 54(1), 84-91. <https://doi.org/10.1007/s10597-016-0072-9>
- Ogunsemi, O. O., Oluwole, F. A., Abasiubong, F., Erinfolami, A. R., Amoran, O. E., Ariba, A. J., Alebiosu, C. O., & Olatawura, M. O. (2010). Detection of mental disorders with the Patient Health Questionnaire in primary care settings in Nigeria. *Mental Illness*, 2(1), 46-50. <https://doi.org/10.4081/mi.2010.e10>
- Omran, A. R. (1977). The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 83(4), 509-538. Biblioteca en línea Wiley. <http://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00398.x>
- Organización Mundial de la Salud. (1978). Alma Ata. International Conference on Primary Health Care. *Alma-Ata*, USSR, 6-12
- Organización Mundial de la Salud. (1946). Constitution of WHO: principles. <http://www.who.int/about/mission/en/>

Organización Mundial de la Salud. (2008). *mhGAP: Mental Health Gap Action Programme : scaling up care for mental, neurological and substance use disorders.*

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43809/9789241596206_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud. (2013). *mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG): clinical management of mental,neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies.*

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/162960/9789241548922_eng.pdf;jsessionid=183407D26080E41E1E8BFBE31E24F048?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Mental health action plan 2013-2020.*

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Atlas de salud mental 2014.*

http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2014/es/

Organización Mundial de la Salud. (2016). *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP) – version 2.0.* <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250239/9789241549790-eng.pdf?sequence=1>

Organización Mundial de la Salud. (2018) *Declaración de Astaná. Global Conference on Primary Health Care.* <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.a revisión.* <http://www.emro.who.int/health-topics/suicide/index.html>

Organización Mundial de la Salud. (2019). Suicide. <http://www.emro.who.int/health-topics/suicide/index.html>

Organización Panamericana de la salud. (2011). *Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias*.
http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2011/HSS_IS_Manual_Sistema_Tiraje_CuartosUrgencias2011.pdf

Organización Panamericana de la salud. (2017). *Atlas de Salud Mental de las Américas 2017*.
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&slug=atlas-de-salud-mental-de-las-americas-matias-irrazaval-6dic2018&Itemid=270&lang=es

Organización Panamericana de la salud. (2011). *Manual de Procedimientos: Recepción Acogida y Clasificación*.
https://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-con-contrapartes&alias=350-manual-de-procedimientos-recepcion-acogida-y-clasificacion&Itemid=253

Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232. <https://doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>

Parris, R. J., Schlosenberg, J., Stanley, C., Maurice, S., & Clarke, S. F. J. (2007). Emergency department follow-up of bereaved relatives: An audit of one particular service. *Emergency Medicine Journal : EMJ*, 24(5), 339–342. <https://doi.org/10.1136/emj.2006.042671>

Pilosoph-Gelb, S., Mower, W. R., Ajaelo, I., & Yang, S. C. (1997). Psychosocial Difficulties and Emergency Department Use. *Academic Emergency Medicine*, 4(6), 589–592.
<https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.1997.tb03583.x>

Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J.T., & Fasiczka, A.

(1995). Inventory of complicated grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss.

Psiquiatry Res, 59, 65-79.

Prigerson, H. G., & Maciejewski, P. K., (s/f). *Prolonged Grief Disorder (PG – 13)* ©. 4.

Quenot, J.-P., Ecartot, F., Meunier-Beillard, N., Dargent, A., Large, A., Andreu, P., & Rigaud, J.-P.

(2017). What are the ethical issues in relation to the role of the family in intensive care? *Annals*

of Translational Medicine, 5(Suppl 4). <https://doi.org/10.21037/atm.2017.04.44>

Secretaría de Salud de la Ciudad de México. (2017). Agenda estadística 2017.

http://data.salud.cdmx.gob.mx/portal/media/agenda_2017/index.html

Secretaría de Salud. (2019). Manual de procedimientos del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

http://www.hospitalgea.salud.gob.mx/contenido/menu/normatividad/normateca/transparencia/MANUAL_DE_PROCEDIMIENTOS_DEL_HOSPITAL_GENERAL_DR._MANUEL_GEA_GONZALEZ.pdf

Scherer, M., Lühmann, D., Kazek, A., Hansen, H., & Schäfer, I. (2017). Patients Attending

Emergency Departments. *Deutsches Aerzteblatt Online*.

<https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0645>

Sharma, V. K., & Copeland, J. R. (2009). Detecting mental disorders in primary care. *Mental Health in Family Medicine*, 6(1), 11–13.

Shear, M. K. (2015). Complicated Grief. *New England Journal of Medicine*, 372(2), 153–160.

<https://doi.org/10.1056/NEJMcp1315618>

- Sheehan, L. L., Corrigan, P. W., Al-Khouja, M. A., & Team, the S. of S. R. (2016). Stakeholder Perspectives on the Stigma of Suicide Attempt Survivors. *Crisis*.
<https://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1027/0227-5910/a000413>
- Solano López, A. L. (2018). Effectiveness of the Mindfulness-Based Stress Reduction Program on Blood Pressure: A Systematic Review of Literature. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(5), 344-352. <https://doi.org/10.1111/wvn.12319>
- Stapleton, P., Bannatyne, A., Chatwin, H., Urzi, K.-C., Porter, B., & Sheldon, T. (2017). Secondary psychological outcomes in a controlled trial of Emotional Freedom Techniques and cognitive behaviour therapy in the treatment of food cravings. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 28, 136-145. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.06.004>
- Suter, R. E. (2012). *Emergency medicine in the United States: A systemic review*. 3(1), 6.
- Tang, N., Stein, J., Hsia, R. Y., Maselli, J. H., & Gonzales, R. (2010). Trends and Characteristics of US Emergency Department Visits, 1997-2007. *JAMA*, 304(6), 664.
<https://doi.org/10.1001/jama.2010.1112>
- Temel, J. S., Greer, J. A., El-Jawahri, A., Pirl, W. F., Park, E. R., Jackson, V. A., & Ryan, D. P. (2017). Effects of Early Integrated Palliative Care in Patients With Lung and GI Cancer: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Clinical Oncology*, 35(8), 834-841.
<https://doi.org/10.1200/JCO.2016.70.5046>
- Tejada, P. A., Jaramillo, L. E., & Sánchez-Pedraza, R. (2014). Revisión crítica sobre los instrumentos para la evaluación psiquiátrica en atención primaria. 62(1), 10.
- Ting, S. A., Sullivan, A. F., Miller, I., Espinola, J. A., Allen, M. H., Camargo, C. A., Boudreaux, E. D., & on behalf of the Emergency Department Safety and Follow-up Evaluation (ED-SAFE)

Investigators. (2012). Multicenter Study of Predictors of Suicide Screening in Emergency Departments: SUICIDE SCREENING IN EDS. *Academic Emergency Medicine*, 19(2), 239-243. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2011.01272.x>

Urrestarazu, E., Murie, M., & Viteri, C. (2008). Manejo de la primera crisis epiléptica y del estatus en urgencias. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 31, 61-73.

Uscher-Pines, L., Pines, J., Kellermann, A., Gillen, E., Mehrotra, A., & Corporation, R. (2014). Deciding to Visit the Emergency Department for Non-Urgent Conditions: A Systematic Review of the Literature. *American Journal of Managed Care*, 19(1), 47-59.

Wagner, B., & Maercker, A. (2010). The Diagnosis of Complicated Grief as a Mental Disorder: A Critical Appraisal. *Psychologica Belgica*, 50(1-2), 27. <https://doi.org/10.5334/pb-50-1-2-27>

Walters, D., & Tupin, J. (1991). Family grief in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am*, 9(1), 189-206. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2001665>

Zuckerman, M., Harper, K., Barrett, R., & Armelagos, G. (2014). The evolution of disease: Anthropological perspectives on epidemiologic transitions. *Global Health Action*, 7(1), 23303. <https://doi.org/10.3402/gha.v7.23303>

Anexos

Anexo 1. Hoja de datos sociodemográficos



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Hospital General "Dr. Manuel Gea González"
División de Urgencias y observación
Programa de Psicología de Urgencias



Evaluación Triage

Fecha:	Hora de inicio:	Hora de finalización:	Folio:
Psicólogo(a) que evalúa:			
Psicólogo(a) responsable:			

Datos del paciente

Nombre:				
Edad:	Sexo	F	M	Estado civil:
Ocupación:			Escolaridad:	
Religión:			Teléfono:	
Fecha de nacimiento		Lugar de nacimiento		Lugar de residencia
¿Con quién vive?			Total de miembros de su familia	

Condición médica

Motivo de consulta:				No. de ficha
Reingresos:				
¿Padece alguna enfermedad?		¿Cuál(es)?		Tiempo de evolución(años)
SÍ	NO			
Medicamentos que toma		¿Ha tenido alguna complicación alguna vez?		
Consumo de sustancia		Sustancia	Frecuencia	Otros (especifique)
SÍ	NO	Alcohol		
		Tabaco		

Evaluación fisiológica

Constante	Rango Normal	Valor encontrado
Temperatura	36-37 C°	
Frecuencia Respiratoria	12-20 x min	
Frecuencia Cardíaca	60-100 x min	
Tensión Arterial Sistólica	<90 >140 mm/Hg	
Tensión Arterial Diastólica	60 – 90 mm/Hg	
Glucemia Capilar	60 - 120	
Escala Análoga del dolor	Escala 1-10	
Saturación Oxígeno	90 – 95%	

Presenta

	Médico	Psicólogo
DEP		
ANS		
DUE		
SUI		
Nivel de urgencia		
I	II	III
		IV
Tiempo en consulta*:	minutos	

*En caso de que se interrumpa el tamizaje



Anexo 2. Algoritmo de duelo

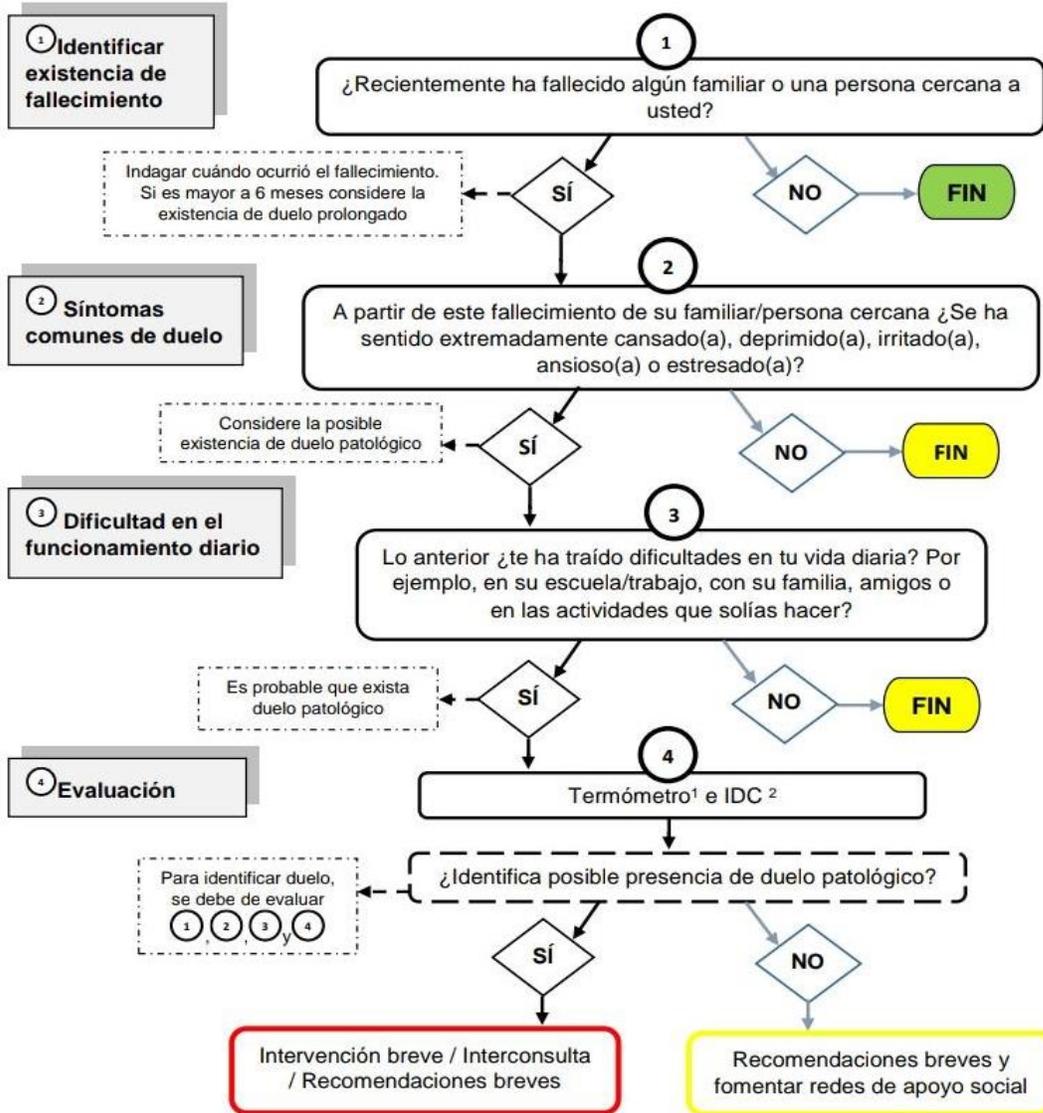


SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Hospital General “Dr. Manuel Gea González”
División de Urgencias y observación
Programa de Psicología de Urgencias



TAMIZAJE DE DUELO



1 Termómetro: Se señala la intensidad percibida de los síntomas de duelo en las últimas 2 semanas, en el que 0 es nada y 10 es la mayor intensidad.
2 IDC: Inventario de duelo prolongado, es una escala de autoaplicación con 19 reactivos, que valoran síntomas emocionales, cognitivos o conductuales.



Anexo 3. Algoritmo de riesgo de suicidio

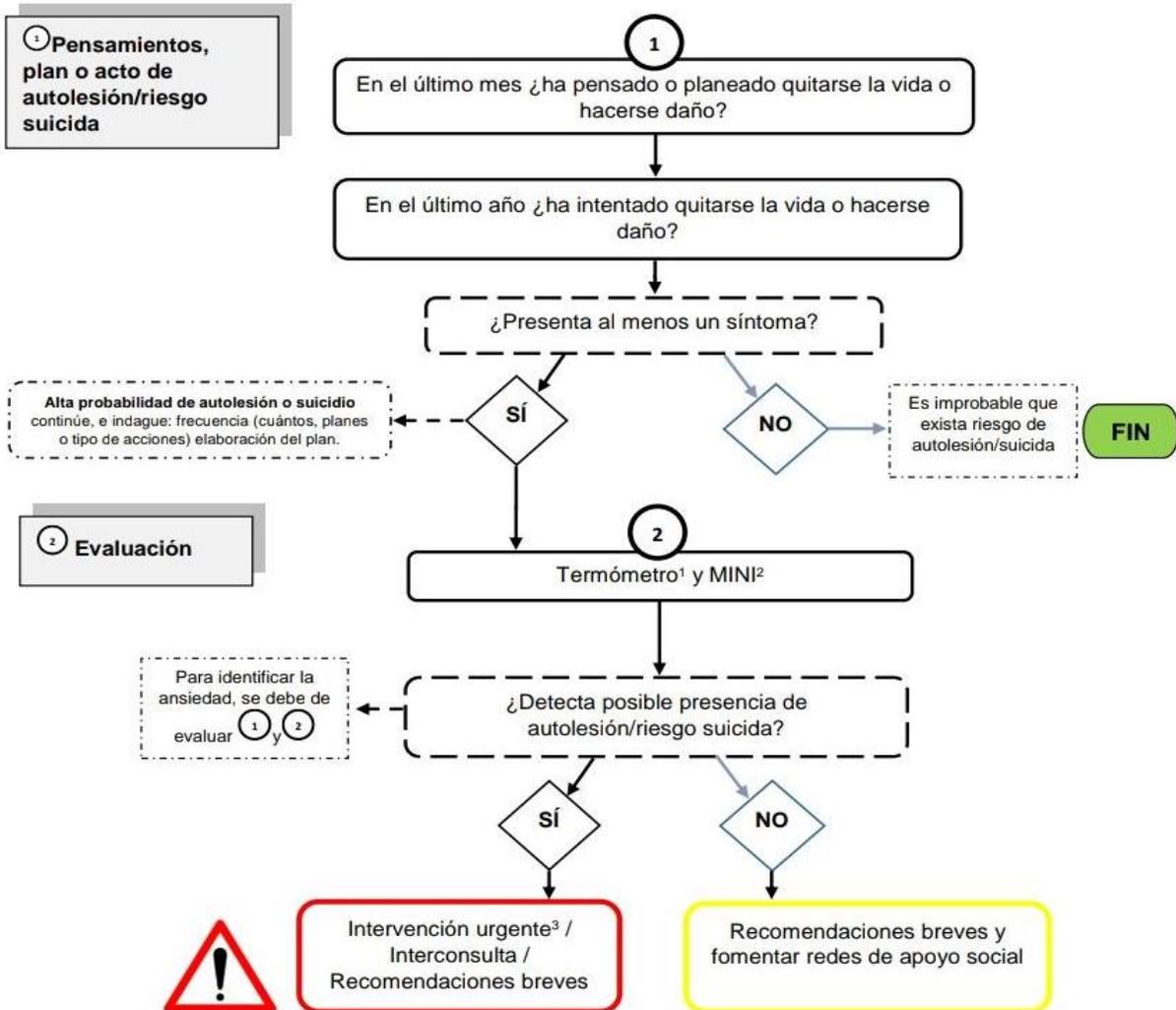


SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Hospital General “Dr. Manuel Gea González”
División de Urgencias y observación
Programa de Psicología de Urgencias



TAMIZAJE DE AUTOLESIÓN / RIESGO SUICIDA



1 Termómetro: Se señala que tanto se ha presentado en el último mes esta idea suicida, en el que 0 es nada y 10 se ha presentado muy frecuente esta idea.
2 MINI: Subescala suicidio (Riesgo de Suicidio Actual), es un cuestionario de auto aplicación de 6 reactivos.
3 Para intervención urgente revisar página 6.



Anexo 4. Inventario de Duelo Complicado (IDC)

Por favor, ponga una cruz en la opción que más se adapte a su experiencia tras la muerte de su familiar.

	Nunca	Raras veces	Algunas veces	A menudo	Siempre
1. Pienso tanto en la persona que ha fallecido que me resulta difícil hacer las cosas como las hacía normalmente.	0	1	2	3	4
2. Los recuerdos de la persona que murió me trastoran.	0	1	2	3	4
3. Siento que no puedo aceptar la muerte de la persona fallecida.	0	1	2	3	4
4. Anhelo a la persona que murió.	0	1	2	3	4
5. Me siento atraído por los lugares y las cosas relacionadas con la persona fallecida.	0	1	2	3	4
6. No puedo evitar sentirme enfadado con su muerte.	0	1	2	3	4
7. No me puedo creer que haya sucedido.	0	1	2	3	4
8. Me siento aturdido por lo sucedido.	0	1	2	3	4
9. Desde que él/ella murió me resulta difícil confiar en la gente.	0	1	2	3	4
10. Desde que él/ella murió me siento como si hubiera perdido la capacidad de preocuparme de la gente o me siento distante de las personas que me preocupaban.	0	1	2	3	4
11. Me siento solo/a la mayor parte del tiempo desde que él/ella falleció.	0	1	2	3	4
12. Siento dolores en la misma zona del cuerpo o tengo alguno de los síntomas que sufría la persona que murió.	0	1	2	3	4
13. Me tomo la molestia de desviarme de mi camino para evitar los recuerdos de la persona que murió.	0	1	2	3	4
14. Siento que la vida está vacía sin la persona que murió.	0	1	2	3	4
15. Escucho la voz de la persona fallecida hablándome.	0	1	2	3	4
16. Veo a la persona que murió de pie delante de mí.	0	1	2	3	4
17. Siento que es injusto que yo viva mientras que él/ella ha muerto.	0	1	2	3	4
18. Siento amargura por la muerte de esa persona.	0	1	2	3	4
19. Siento envidia de otras personas que no han perdido a nadie cercano.	0	1	2	3	4

Anexo 5. Subescala de riesgo de suicidio de la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI-S)

Riesgo de suicidio

A veces, cuando nos sentimos muy tristes y desesperados, no sabemos qué hacer y podemos llegar a pensar en la utilidad y valor de la vida o que sería mejor dejar de existir. Tomando en cuenta esto, a continuación voy a hacerle algunas preguntas relacionadas con esta forma de pensar y de sentirse. Por favor conteste indicando la opción con la que mejor se identifique durante este **último mes**.

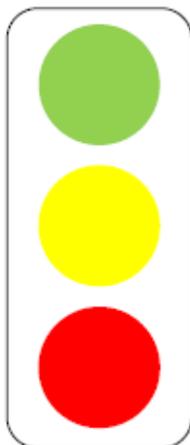
	Sí	No	Puntos
1. ¿Ha pensado que estaría mejor muerto o ha deseado estar muerto?			1
2. ¿Ha querido hacerse daño?			2
3. ¿Ha pensado en el suicidio?			6
4. ¿Ha planeado cómo suicidarse?			10
5. ¿Ha intentado suicidarse?			10
6. A lo largo de su vida, ¿alguna vez ha intentado suicidarse?			4

Anexo 6. Semáforo de manejo



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Hospital General “Dr. Manuel Gea González”
División de Urgencias y observación
Programa de Psicología de Urgencias



INFORMATIVO

Consejos de salud mental generales.

RECOMENDACIONES BREVES Y FOMENTAR REDES DE APOYO:

Se brinda información y recomendaciones sobre la problemática observada en función de las necesidades del paciente y la sintomatología que presenta para reducir los riesgos asociados al padecimiento.

Se fomentan las redes de apoyo y se promueve el funcionamiento adecuado en las actividades diarias del paciente.

INTERVENCIÓN BREVE / INTERCONSULTA / RECOMENDACIONES BREVES

Aborde los factores psicosociales estresantes actuales y atienda el estado mental y la alteración emocional. Si es necesario enseñe a manejar el nivel de activación mediante técnicas de relajación.

Brinde información personalizada al paciente y retroalimente las cosas funcionales y no funcionales observadas en la evaluación de tamizaje.

Fomente las redes de apoyo y promueva el funcionamiento adecuado en las actividades diarias.

Dé énfasis en las opciones de tratamiento y en los diferentes centros de servicios psicológicos para derivar a interconsulta en donde se realizará la evaluación y el tratamiento especializado.

Finalmente brinde el folleto de información para llevar a casa con el fin de reforzar la intervención breve.

Para el caso de la intervención urgente ante riesgo suicida o autolesión avise a un supervisor, hable con médico para posible referencia a un centro de atención psiquiátrico y NO deje sola a la persona. De ser posible, asigne a un miembro del personal o a un familiar para garantizar la seguridad de la persona en todo momento.

Atienda el estado mental y sea sensible al sufrimiento emocional asociado con la autolesión o riesgo suicida.

Anexo 7. Hoja de respuestas de los algoritmos

FOLIO:

TAMIZAJE TRIAGE

DEPRESIÓN (DEP)			
1	Estado de ánimo deprimido	Sí	No
	Disminución de interés	Sí	No
2	Dificultad en el funcionamiento diario	Sí	No
	Evaluación	Sí	No
3	Presencia	Sí	No
	ANSIEDAD (ANS)		
1	Síntomas comunes 1	Sí	No
	Síntomas comunes 2	Sí	No
2	Dificultad en el funcionamiento diario	Sí	No
	Evaluación	Sí	No
3	Presencia	Sí	No
	DUELO (DUE)		
1	Existencia de fallecimiento	Sí	No
	Sintomatología	Sí	No
2	Dificultad en el funcionamiento diario	Sí	No
	Evaluación	Sí	No
4	Presencia	Sí	No
	RIESGO SUICIDA (SUI)		
1	Pensamiento/plan	Sí	No
	Actos	Sí	No
2	Evaluación	Sí	No
	Presencia	Sí	No

SEMÁFORO											
Depresión			Ansiedad			Duelo			Riesgo suicida		
Verde	Amarillo	Rojo	Verde	Amarillo	Rojo	Verde	Amarillo	Rojo	Verde	Amarillo	Rojo

Instrumento	Puntuación	Termómetro
HADS-D		
HADS-A		
IDC		
MINI		

Observaciones
